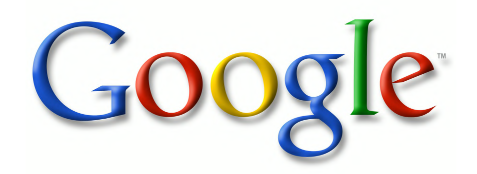


Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

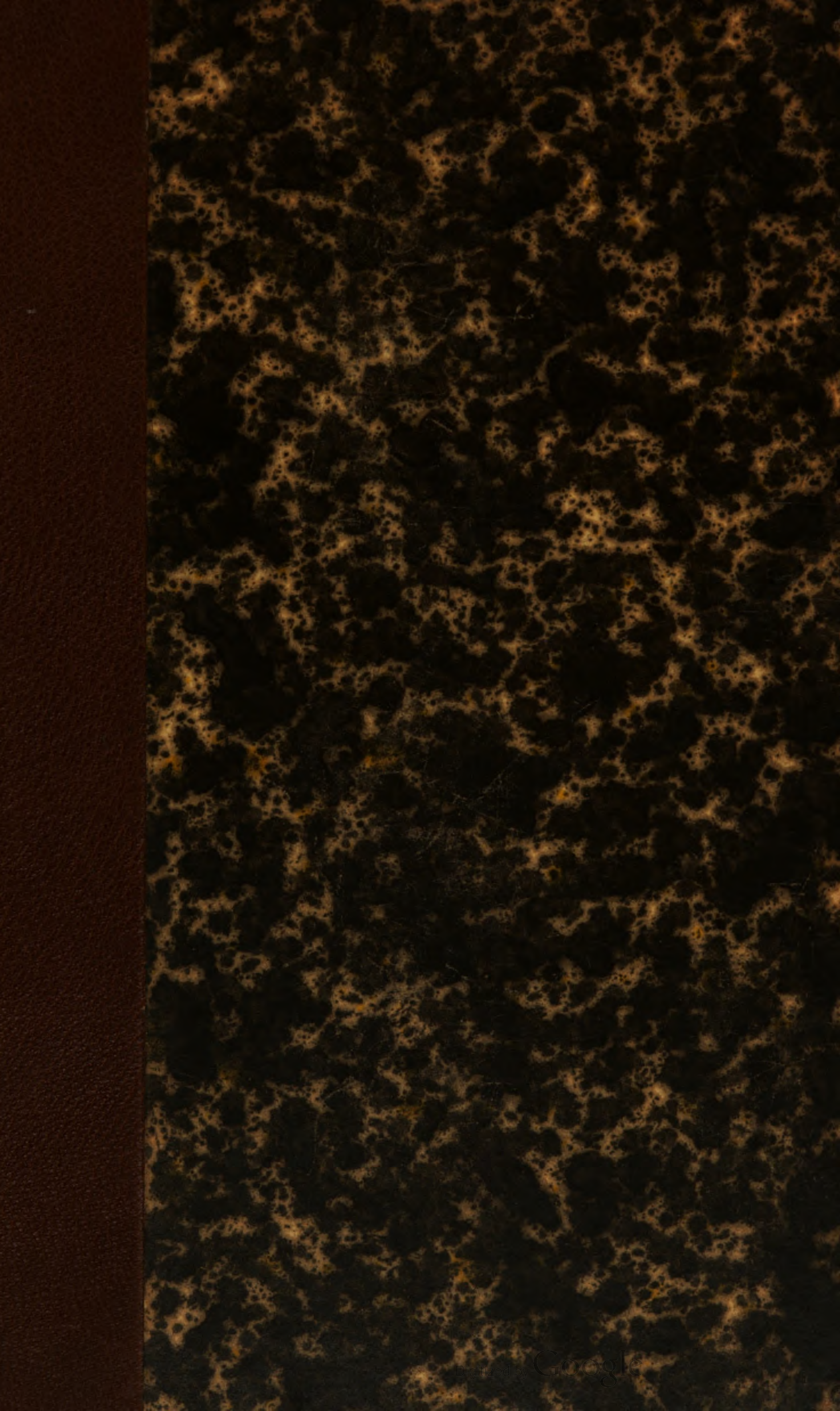
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

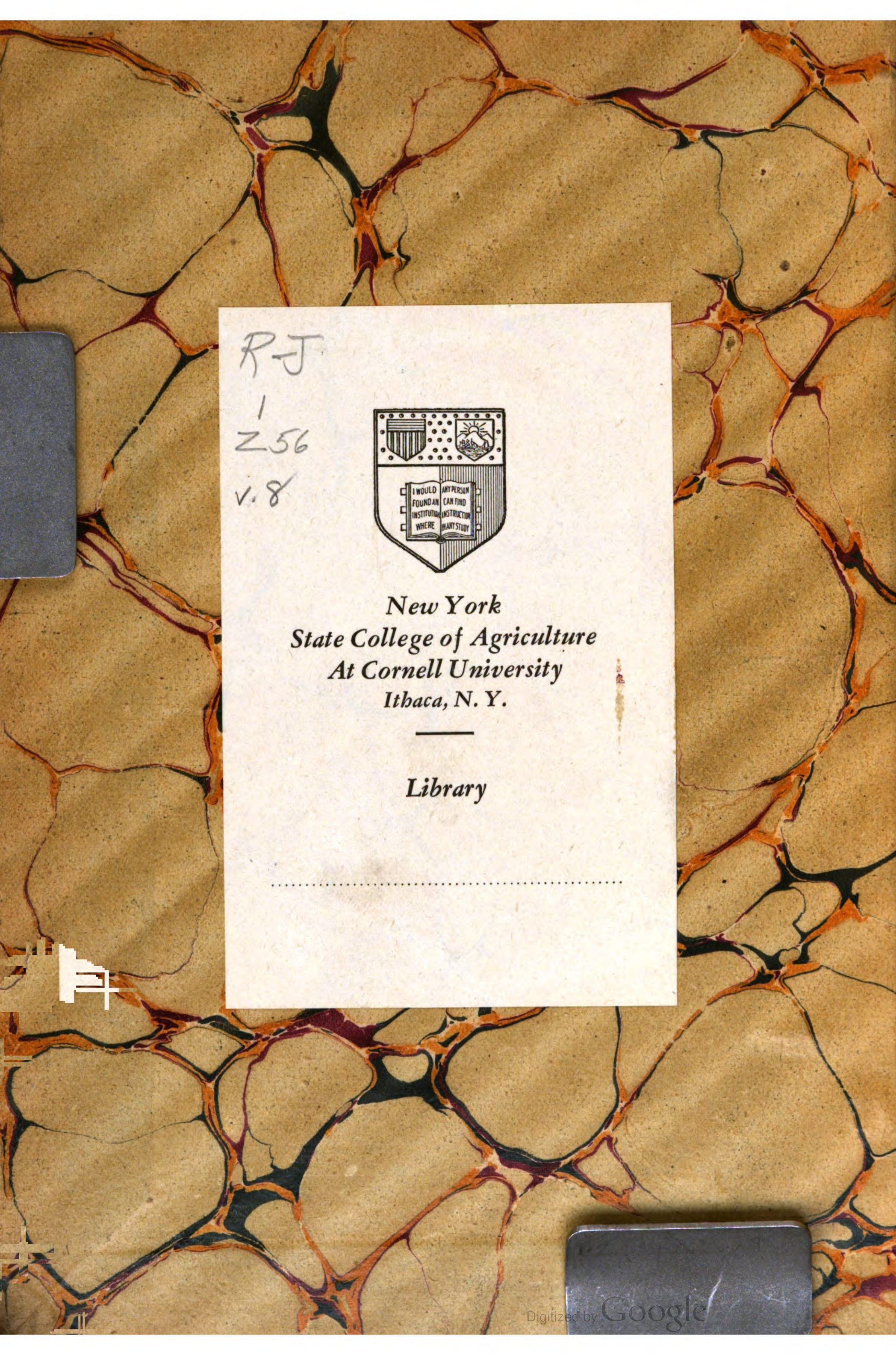
Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.




R-J
1
Z56
v.8
I WOULD FOUND AN INSTITUTION WHERE ANY PERSON CAN FIND INSTRUCTION IN ANY STUDY
New York
State College of Agriculture
At Cornell University
Ithaca, N. Y.
Library
Digitized by Google



CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 055 533 065
JUN 21 1948
Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

CENTRALBLATT

FÜR

KINDERHEILKUNDE.

EINE MONATSSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

HERAUSGEGEBEN

VON

DR. MED. EUGEN GRAETZER,
PRAKT. ARZT IN SPROTTAU.

8. JAHRGANG 1903.



LEIPZIG,
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1903.

Digitized by Google

R-J
Z56
v.8
1903
142995

Alle Rechte vorbehalten.

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis des VIII. Jahrganges.

Originalien.

Referate.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google


Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Aus Vereinen und Versammlungen.

Neue Bücher.

Digitized by Google

Kleine Mitteilungen.

Monatschronik.

Personalien.

Digitized by Google

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. C. BERLINER (Aachen), Dr. ALBR. DWORETZKY (Moskau), Direktor Dr. ESCHLE (Sinsheim), Prof. Dr. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. E. FLATAU (Warschau), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Dr. HÖNIG (Budapest), Dr. LEO JACOBI (New York), Prof. Dr. JOACHIMSTHAL (Berlin), Dr. G. KREBS (Hildesheim), Dr. O. LASCH (Breslau), Dr. P. MAAS (Aachen), Dr. K. MENDEL (Berlin), Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Priv.-Doz. Dr. R. O. NEUMANN (Kiel), Dr. PLANTENGA (Haag), Dr. CARL SCHADE (Göttingen), Priv.-Doz. Dr. E. SCHREIBER (Göttingen), Dr. SCHRIDDE (Erlangen), Dr. SZYMANOWSKI (Warschau), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Priv.-Doz. Dr. H. STARCK (Heidelberg), Prof. Dr. VULPIUS (Heidelberg), Priv.-Doz. Dr. ZIEGENSPECK (München) u. A.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

prakt. Arzt in Sprottau.

VIII. Jahrgang. **Januar 1903.** **Nr. 1.**

Inhalt.

Verlag von FERDINAND ENKE in STUTTGART.

Soeben erschien:

Biedert, Prof. Dr. Ph., und Fischl, Docent Dr. R., Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Zwölfte sehr vermehrte und verbesserte Auflage.

Mit 2 farbigen Tafeln und 73 Abbildungen im Text. gr. 8. 1902. geh. M. 18.—; elegant in Leinwand geb. M. 19.60.

Digitized by Google



chemische Fabrik — Darmstadt.

Bromipin

Ind.: Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, Chorea, epileptische Dämmerzustände.

Rp.: Bromipin 10% 100 g.
D. S. 2—3mal täglich 1 Theelöffel voll in obergähr. Bier oder heißer Milch.

Stypticin

Ind.: Blutungen im Klimakterium, menstruale Blutungen, Menorrhagien etc.

Rp.: Tablettar. Stypticin No. 40 à 0,05 g.
D. S. Täglich 3—5—8 Tabletten zu nehmen.

Dionin

Ind.: Asthma, Emphysem, Bronchitis, Phthisis pulmon., Tracheïtis, Pertussis, Schmerzzustände (Gastralgie, Ischias, Ovaralgie, Oophoritis, Ulcus ventriculi), Asomnie, Abstinenzkur, Keratitis, Chorioiditis, Bulbusoperationen.

Rp.: Dionin 0,3,
Aq. amygd. amar. 15,0.
M. D. S. 3mal täglich 10; Abends 20 Tropfen.

Rp.: Dionin 0,04,
Ol. Cacao 2,00.
M. f. lege art. supp. d. t. dos. 10.
S. Täglich 1 bis mehrere Zäpfchen zu gebrauchen.

Rp.: Dionin 0,5,
Aq. dest. 20,0.
M. f. sol. steril.
S. Zu subkutanen Injektionen.

Dionin wird für die Kinderpraxis aufs Wärmste empfohlen.

Litteratur gratis und franko.

Digitized by Google

Fortsetzung des Inhaltes.

III. Aus Vereinen und Gesellschaften.

IV. Neue Bücher. — V. Monats-Chronik.

Neue Dissertationen.

Verlag von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Diagnostisch-therapeutisches Vademecum

für Studierende und Ärzte zusammengestellt

von

Dr. Heinrich Schmidt **Dr. L. Friedheim**

Dr. A. Lamhofer und **Dr. J. Donat**

in Leipzig.

5. Auflage.

VI und 428 Seiten Taschenformat. 1901. Mit Abbildungen.

Gebunden M. 6.—. Gebunden und mit Schreibpapier durchschossen M. 7.—.

Das Erscheinen von fünf starken Auflagen innerhalb weniger Jahre dürfte am besten für die praktische Brauchbarkeit des kleinen Werkchens sprechen.

Schmidt's Jahrbücher: Man kann nicht gut mehr des Tatsächlichen, Wissenswerten auf einen so knappen Raum zusammenfassen. Die Antworten, die der Unsichere erhält, sind überall klar und richtig.

Digitized by Google

Von Autoritäten der Kinderheilkunde und tausenden von Aerzten empfohlen.
Im Gebrauch der grössten Kinderhospitäler Deutschlands, Oesterreich-Ungarns etc.



Beste Nahrung für gesunde und darmkranke Kinder.

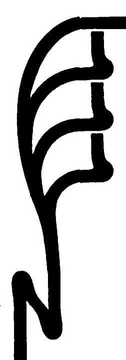
Kufeke's Kindermehl als Zusatz zur Milch ersetzt am besten die **Muttermilch.** Die Kinder gedeihen vorzüglich dabei und leiden nicht an **Verdauungsstörungen.**



Kufekemehl ist besonders in den Sommermonaten unentbehrlich und kommt bei Brechdurchfall, Darmkatarrh, Diarrhoe etc. als Bestes in Anwendung.

Aerztliche Litteratur, sowie Proben offer. den Herren Aerzten kostenfrei.

R. Kufeke, Bergedorf-Hamburg und Wien I.



Gegen FROST-Schäden.

Bromocoll-Salbe 20%.

Vorzüglich bewährt.

1 Tube = M. —.80 im Verkauf.

Durch alle Apotheken zu beziehen.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmac. Abtg. Berlin S.O. 36.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Aerzte.

VIII. Jahrgang. 1. Januar 1908. No. 1.

I. Originalbeiträge.

1) Erfolg der Organtherapie in einem Falle von infantilem Myxödem.[1])

Von

Dr. **Kurt Mendel,**

Assistenarzt der Prof. Mendelschen Klinik.

Bei keiner Krankheit hat die Organtherapie so günstige Resultate gezeitigt wie bei dem Myxödem. Auf Grund der Versuche von Schiff und Horsley, welche Tieren Teile einer gesunden Schilddrüse eines anderen Tieres in die Bauchhöhle einpflanzten und dann sahen, daß die so operierten Tiere die Totalexstirpation ihrer Schilddrüse sehr gut überstehen, ist man dazu gelangt, im Jahre 1890 das Gleiche bei myxödemkranken Menschen auszuführen. So implantierte Bircher (Volkmann, Klin. Vortr. 357, 1890) einer Patientin, bei der nach Kropfexstirpation Myxödem eingetreten war, Schilddrüsengewebe vom Kropfe einer anderen Frau in die Bauchhöhle und erzielte hiermit einen sehr guten, wenn auch nur temporären Erfolg. Die schwierigen Implantationen wurden später durch Injektionen von Schilddrüsensaft (Murray) und dann durch Fütterung mit Schilddrüse in Form von Extrakten, Pillen oder Tabletten ersetzt.

Die Resultate dieser Behandlung beim Myxödem sowie beim Kretinismus sind als sehr gut, in einzelnen Fällen als glänzend zu bezeichnen, und mit Recht schreibt Ewald im XXII. Band der speziellen Pathologie und Therapie Nothnagels (S. 196): „Die großartigen Erfolge der Thyreoideabehandlung, die längst aus dem Stadium des Versuches heraus und ein gesicherter Besitz unseres therapeutischen Rüstzeuges geworden ist, müssen voll und ganz anerkannt werden, und dieser Erwerb ist als eines der bedeutsamsten Ereignisse der letzten Zeit auf pathologischem und therapeutischem Gebiet zu bezeichnen."

Zahlreich sind die Veröffentlichungen von Fällen von Myxödem, in denen die Organtherapie von bestem Erfolge begleitet war. Der günstige Einfluß dieser Behandlungsweise zeigt sich besonders auch bei dem infantilen Myxödem und zwar in einem schnellen Wachstum der Röhren- und Schädelknochen und in einer allgemeinen Zunahme der Körperlänge.

Der Fall, über welchen ich in folgendem berichte, tut nun in

[1]) Nach einer Demonstration in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 9. Juni 1902.

Digitized by Google

objektiver Weise, durch Bandmaß und Röntgenbild, die günstige Wirkung der Thyreoidinbehandlung offenkundig dar.

Die kleine Pat., um die es sich handelt, wurde, 7 1/2 Jahre alt, am 18. Juni 1901 in die unter ärztlicher Oberleitung meines Vaters stehende Klinik aufgenommen. Anamnestisch ergab sich folgendes:

In der Familie der Pat. sollen weder Nerven- noch Gemütskrankheiten, auch kein der Kranken ähnlicher Fall vorgekommen sein. Die Eltern sind gesund, Lues und Potatorium derselben wird negiert, der Vater stammt aus Berlin, die Mutter aus Grünberg (Schlesien). Letztere hat einen sehr starken Kropf, desgleichen soll eine Tante der Mutter einen starken Kropf haben. Die älteste Schwester der Pat. soll an Lungenschwindsucht gestorben sein, eine 11jährige Schwester leide an „Lungenkatarrh", ein 8jähriger Bruder an englischer Krankheit, die vier übrigen Geschwister seien gesund, sämtliche zeigen normale Größe.

Pat. selbst wurde im Jahre 1893 in Nordend bei Berlin im neunten Schwangerschaftsmonat in Schädellage normal und ohne Kunsthilfe geboren und zunächst mit Kuhmilch genährt, da die Mutter wegen einer „schlimmen Brust" nicht selbst stillen konnte. Das Kind bekam im Alter von sieben Monaten die ersten Zähne, fing mit neun Monaten an zu laufen, hörte jedoch nach einigen Wochen wieder damit auf, konnte auch nicht mehr stehen und begann erst mit dem vierten Jahre wieder zu gehen. Mit 6 1/2 Jahren kam sie in die Schule und soll daselbst ganz gut mitgekommen sein. An Krämpfen habe sie nie gelitten.

Die Mutter der Kleinen hat bemerkt, daß seit etwa vier Jahren das Wachstum ihres Kindes völlig stehen geblieben sei, sodaß ihr dieselben Kleider wie vor vier Jahren sehr gut paßten, ihr Gesicht sei hingegen älter geworden. Körperlich fühle sich die kleine Pat. völlig wohl, Appetit, Stuhlgang und Schlaf seien in Ordnung, geistig sei sie nicht auffallend zurückgeblieben.

Der objektive Befund bei der Aufnahme im Juni 1901 ergab folgendes:

Pat., 7 1/2 Jahre alt, entspricht in ihrem Aussehen etwa einem 3jährigen Kinde. Sie ist 84 cm groß, der Kopfumfang beträgt 49 cm, Halsumfang 24 1/2, Ohrhinterhauptslinie 19, Ohrkinnlinie 13, Armlänge 33 1/2, Beinlänge 36 1/2, Brustumfang 49—51, größter Leibumfang 56 cm. Das Gesicht bietet ein altes Aussehen, die Gesichtsfarbe ist leicht rötlich auf blaßgelbem Grunde, die Hautfarbe marmoriert, die Haut trocken, nur die inneren Handflächen schwitzen etwas. In der Oberschlüsselbeingegend finden sich leichte knollige Hautverdickungen. Scham- und Achselhaare fehlen vollständig, das Haupthaar ist sehr spärlich, dünn und trocken. Beim Geradestehen zeigte sich eine deutliche Lordose der Lendenwirbelsäule. Die Nasenwurzel ist breit, die Unterlippen leicht gewulstet, der Blick freundlich. Der Kopf erscheint im Verhältnis zum übrigen Körper groß, der Hals kurz, der Gaumen ist sehr schmal und steil, die Stirn niedrig, die Zähne, besonders am Unterkiefer, stark defekt. Pat. macht einen schüchternen, wenig lebhaften Eindruck, doch sind deutliche Intelligenzdefekte nicht nachweisbar.

Die Pupillen sind gleich weit und reagieren auf Licht und Akkommodation, die Augenbewegungen sind nach allen Richtungen hin frei, auch im übrigen bietet die Untersuchung der Hirnnerven nichts Abnormes. Die Zunge wird gerade vorgestreckt und ist auffallend lang, ohne besonders breit zu sein. Beiderseits sind Cervicaldrüsen fühlbar. Die Kehlkopfknorpel sind deutlich abtastbar, von Schilddrüse ist nichts zu fühlen.

Die oberen Extremitäten bieten bis auf ihre Kleinheit und geringe Gelenkverdickungen keine Sonderheit.

Der Gang ist watschelnd, beim Gehen wird das Becken stark mitbewegt, die Haut der unteren Gliedmaßen ist rauh und trocken. Reflexe und Sensibilität sind überall ohne Sonderheit.

Rhachitischer Thorax. Herz- und Lungenbefund normal.

Leib aufgetrieben, tympanitischer Klopfschall, leichte Nabelhernie. Unterleibsorgane und Genitalien bieten keine Sonderheit, der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker.

Nach diesem Befunde war an der Diagnose „infantiles Myxödem" nicht zu zweifeln, und es wurde demnach alsbald die Thyreoideabehandlung eingeleitet: Pat. erhielt Thyreoidin in Tablettenform (Burroughs, Welcome und Co.) und zwar zunächst 0,1 g pro die, all-

Digitized by Google

mählich ansteigend bis 0,3 g. Unangenehme Nebenwirkungen traten nie auf, vielmehr nahm die Besserung in dem Befinden der Kleinen stetig und in auffallendem Maße zu. Bereits $^1/_4$ Jahr nach Beginn der Kur zeigten sich zwei neue Schneidezähne am Unterkiefer, die Haare waren bedeutend stärker und dichter geworden. Nach Ablauf eines Jahres hatte die Körpergröße um 10 cm zugenommen (94 cm im Juni 1902 gegen 84 im Juni 1901), der Leibumfang war hingegen um $4^1/_2$ cm gefallen ($51\,^1/_2$ cm im Jahre 1902 gegen 56 cm im Jahre vorher); der Gesichtsausdruck ist in diesem Zeitraum ein durchaus anderer und kindlicherer, Pat. selbst bedeutend lebhafter und reger geworden. Die Mutter gibt an, daß ihr Kind kaum wieder zu erkennen sei und daß die Kleider desselben sämtlich verändert werden müßten, damit sie gegenwärtig passen.

Ganz besonders schön zeigt sich aber die Besserung an den von Herrn Dr. Levy-Dorn auf meine Veranlassung hergestellten Röntgenbildern. Es wurden zweimal je 3 Aufnahmen gemacht, die erste Serie Ende Juni 1901, also vor Beginn der Kur, die zweite Anfang Mai 1902, also etwa 10 Monate nach Beginn derselben.

Das Ergebnis dieser Aufnahmen war folgendes:

Während das Röntgenbild der ersten Aufnahmen (Juni 1901) demjenigen eines 3 Jahre alten Kindes entspricht, entsprechen die 10 Monate später angefertigten Photogramme bereits einem 7 Jahre alten Kinde. Sämtliche Knochen sind auf den später angefertigten Bildern an Länge und Dicke bedeutend stärker entwickelt als auf den früheren Photogrammen, an denen eine hochgradige Verzögerung der Verknöcherung (besonders am Handskelett) zu konstatieren ist.

Im speziellen ist auf den Röntgenbildern folgendes sichtbar:

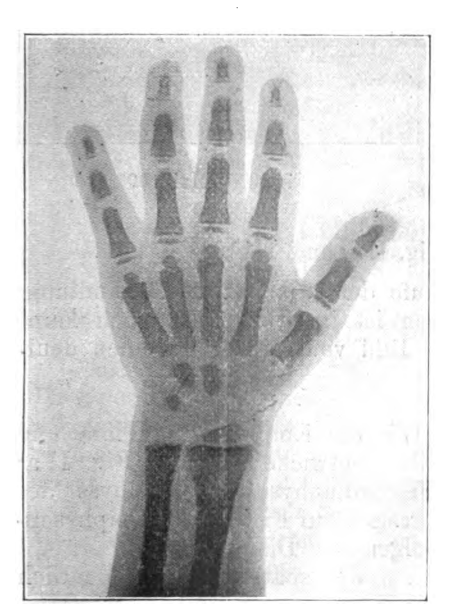


Fig. Ia (Juni 1901).

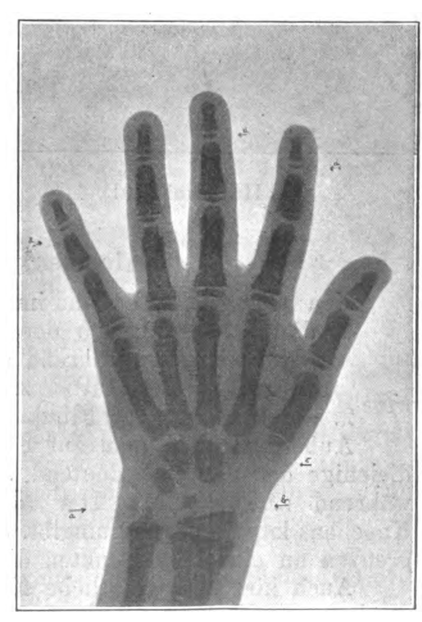


Fig. Ib (Mai 1902).

Digitized by Google

A. **Hand** (Fig. I a und I b).

Neu hinzugekommen sind im Laufe der 10 monatigen Behandlung zu dem vor Beginn der Kur aufgenommenen Bilde:

1. die Epiphyse der Ulna (a) [auf Fig. I a nichts, auf Fig. I b deutlicher Schatten sichtbar];
2. das Os lunatum (b);
3. das Os multangulum minus (c);
4. die Epiphysen für die letzten Phalangen (d) [nur am Daumen ist dieselbe auch schon auf dem ersten Bilde sichtbar].

Sämtliche Knochen sind in Fig. I b deutlich länger und dicker als in Fig. I a.

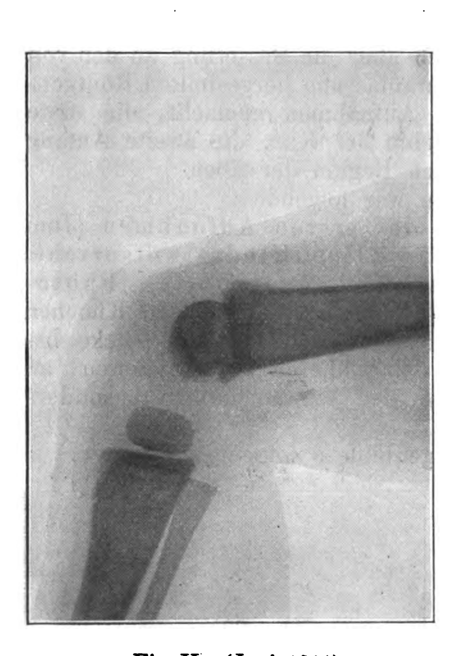


Fig. II a (Juni 1901).

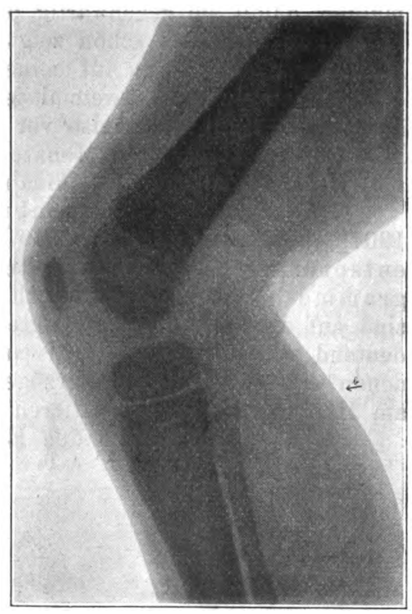


Fig. II b (Mai 1902).

B. **Kniegelenk** (Fig. II a und II b).

Neu hinzugekommen sind im Laufe der 10 monatigen Behandlung:

1. die Patella (a); von derselben ist im Juni 1901 noch keine Spur sichtbar, während das Bild vom Mai 1902 einen deutlichen Patellaschatten zeigt;
2. die Epiphyse der Fibula (b).

Außerdem sieht man auf Fig. II b die Epiphyse der Tibia und diejenige des Femur bedeutend stärker entwickelt als auf Fig. II a; während z. B. in Fig. II a die Femurdiaphyse die Epiphyse des Knochens kapuzenförmig umgibt, überragen auf Fig. II b die Epiphysengrenzen an einzelnen Punkten diejenigen der Diaphyse.

Auch hier sind sämtliche Knochen des späteren Bildes deutlich stärker entwickelt.


Digitized by Google

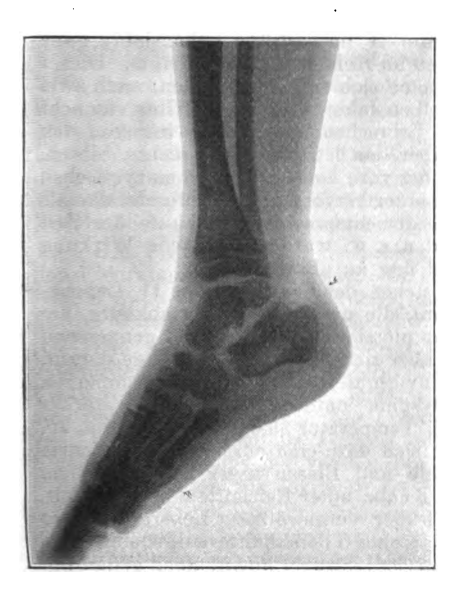


Fig. IIIa (Juni 1901).

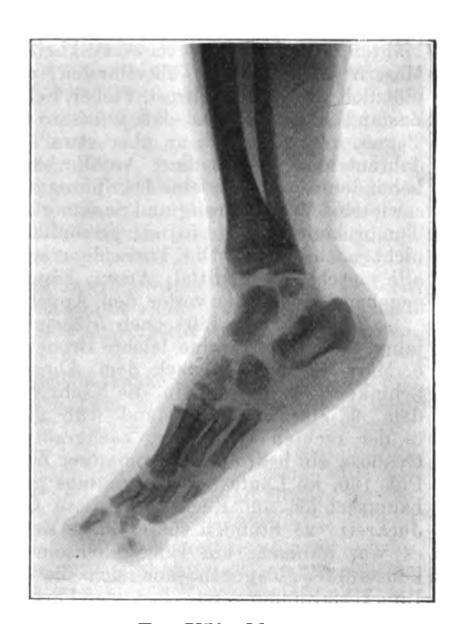


Fig. IIIb (Mai 1902).

C. **Fußgelenk** (Fig. IIIa und IIIb).

Neu hinzugekommen ist die Epiphyse des Metatarsus V (a).

Auch auf diesen Bildern erkennt man eine deutliche Zunahme des Knochenwachstums in Länge und Breite während der stattgehabten Behandlung. So ist auch die Epiphyse der Fibula (b) auf dem späteren Bilde um vieles stärker entwickelt; während sie nämlich auf Fig. III a völlig isoliert und wie eine Insel vom Talus getrennt sichtbar ist, liegt sie auf Fig. III b infolge ihrer Wachstumszunahme vom Talus bereits zum Teil verdeckt.

(Aus der chirurgischen Abteilung Prof. Dr. C. Bayer am K. F. J. Kinderspitale in Prag.)

2) Echinococcus der Pleura.

(Rippenresektion, Abstoßung des Sackes in toto.)

Von

Dr. Carl Springer.

Mit dieser Überschrift ist der außerordentlich glückliche Erfolg der Operation bei einem Falle von Echinococcus der rechten Pleurahöhle skizziert, dessen Krankengeschichte ich hier kurz wiedergebe da der Verlauf nicht nur vom Standpunkte der Seltenheit, Interesse bietet. Das Wesen der Krankheit blieb mehrere Jahre hindurch unerkannt, erst nachdem der anfangs „subphrenische“ Echinococcus in die Pleurahöhle durchgebrochen ergab sich durch die Probepunktion die richtige Diagnose und konnte die operative Heilung erreicht werden.

Digitized by Google

L. L., Sohn gesunder Eltern, hat viel mit Hunden gespielt, stammt aus Mähren, wo die Echinococcuskrankheit selten ist. Nachdem er in früher Kindheit Masern und Scharlach überstanden, erkrankte er im sechsten Lebensjahre ganz plötzlich unter Schüttelfrost, Fieber, Schmerzen im rechten Hypochondrium. Dieser Zustand schwand, ohne daß präzisere Symptome sich eingestellt hätten, nach zwei Tagen, kehrte von da an aber etwa alle halben Jahre wieder. Im Alter von acht Jahrenschloß sich an diese Anfälle häufiges Erbrechen, es wurde weiter von den behandelnden Ärzten eine Dämpfungszone über den letzten Rippen rechts, hinten, sowie eine Vergrößerung und Senkung der Leber vorn konstatiert. Einen cystischen Tumor konnte auch ein mir persönlich bekannter hervorragender Internist damals nicht nachweisen. Die Therapie erschöpfte dementsprecheud im Laufe der Zeit alle einschlägigen Mittel; Arsen, Eisen, Jod u. s. w. wurden ohne jede Wirkung gegeben, der Knabe verlor den Appetit und fing an abzumagern.

Anfang März 1901 nach 5jährigem Bestehen der Krankheit, im 11. Lebensjahre des Pat. trat eine leichte Bronchitis auf, die nach acht Tagen abklang, am 8. März stellte sich nach dem Abendessen plötzlich Erbrechen des genossenen Schinkens und Kaffees ein, die Nacht verlief aber ziemlich ruhig. Am Tage darauf, dem 9. März 1901 entstand früh ganz unvermutet unter starken Schmerzen in der rechten Brustseite, hochgradiger Dyspnoë unter Hustenreiz mit starker Cyanose ein bedrohlicher komatöser Zustand, Temperatur 39,0° C., Respiration 40, Puls 160, im Laufe des Nachmittags gesellte sich dazu eine ausgebildete Urticaria hauptsächlich am Rücken, zahllose Quaddeln und Blasen unter unerträglichem Juckreiz. 24 Stunden später hatte sich der Knabe unter Reizmitteln etwas erholt, es war nunmehr ein Eingefallensein der früher vorgewölbten Lebergegend zu konstatieren, dagegen fand sich die ganze rechte Thoraxhälfte ausgedehnt, die Interkostalräume verstrichen, der Perkussionsschall darüber allenthalben gedämpft, das Atmungsgeräusch gleich dem Stimmfremitus fehlend. Der Pat. lag ausschließlich auf der rechten Seite.

Durch weitere zehn Tage hielt unter Temperaturen von 39—40° C. Hustenreiz und Dyspnoë in gleicher Intensität an, um dann einem afebrilen Zustande mit geringeren Beschwerden Platz zu machen. Immerhin blieb aber eine leichte Cyanose der Lippen und bei jeder Anstrengung trat starke Atemnot ein. Die Vorwölbung der rechten Thoraxhälfte blieb in den unteren Partien im gleichen, oben flachte sie sich ab, auch hellte sich hier der Perkussionsschall etwas auf. Ikterus trat im ganzen Verlaufe nicht auf.

So blieb der Zustand den Sommer über im wesentlichen stationär trotz aller medikamentösen Behandlung. Im Oktober 1901 wurde der Knabe auf unsere Abteilung aufgenommen. Die rechte Thoraxhälfte war enorm ausgedehnt, faßförmig, beteiligte sich nicht an der Atmung, ihre Interkostalräume verstrichen, die linke Hälfte normal konfiguriert. Da Perkussionsschall war rechs vorn bis zur 3. Rippe etwas verkürzt von da abwärts wie über der ganzen hinteren Fläche absolut gedämpft. Das Atmungsgeräusch war rechts nur vorn über der Spitze als sogenanntes Kompressionsatmen hörbar, sonst fehlte es gleich dem Stimmfremitus. Linkerseits bot die Untersuchung der Lunge einen normalen Befund. Das Herz war hochgradig nach links hinten verdrängt, der Spitzenstoß fühlbar im 5. Interkostalraume in der hinteren Axillarlinie, der Leberrand war unter dem Rippenbogen etwas denselben überragend palpatorisch und perkussorisch nachweisbar, sonst normaler Abdominalbefund. Die Temperatur war normal, im Harn etwas Indikan und Gallenfarbstoff.

Die Punktion des Thorax erwies das nach dem ganzen Verlaufe als wahrscheinlich angenommene Vorhandensein eines Echinococcus; es entleerten sich ca. 2 l einer grünlich-gelben, etwas trüben geruchlosen, schäumenden Flüssigkeit in der sich mikroskopisch Membranpartikel, Skolices und lose Haken, außerdem als Hinweis auch den primären Sitz in der Leber zerklüftete Bindegewebsreste, gallig imbibiert, nekrotische Leberzellen sowie Hämatoidinkristalle fanden. Das Vorhandensein letzterer allein, welches nach Mosler und Peiper[1]) bisher nur bei Leberechinococcus beobachtet wurde, wäre in diesem Falle kein strikter Beweis für diese Provenienz, da sie auch durch die mit dem Durchbruch verbundene Blutung entstanden sein könnten. Die sonstigen geformten Elemente, reichliche

[1]) Mosler und Peiper: „Tierische Parasiten" in Nothnagels Spezielle Pathologie und Therapie Bd. VI., Wien 1894.


Digitized by Google

polynukleäre Leukocyten, sowie Fettkugeln, boten nichts Charakteristisches, dagegen fiel auf das Fehlen von Cholesterin, während Gallenfarbstoff durch die Probe mit Salpetersäure-Schwefelsäure nachzuweisen war. Mit der Flüssigkeit beschickte Agar- und Bouillonnährböden blieben steril.

Durch diesen Befund war die ganze Genese der Krankheit klar gelegt, es handelte sich um einen Echinococcus der Pleura, der sich an den Durchbruch eines solchen von der Leber her angeschlossen hatte, jedenfalls nach vorheriger Usurierung des Zwerchfells. Der Zeitpunkt dieses Durchbruches ist markiert durch die schweren Zustande am 9. März 1901, die sich an die Bronchitis anschlossen. Vielleicht waren es gerade diese Hustenstöße, die die letzte Veranlassung zum Durchreißen der Cystenwand und des druckatrophischen Zwerchfelles gaben.

Die Punktion hatte gleichzeitig als Palliativoperation den Wert, daß sie den Pleuraraum etwas entleerte, die Interkostalräume sanken ein, der Spitzenstoß reichte nahe an die normale Stelle; doch mußte sie vorzeitig abgebrochen werden, da die Herztätigkeit bedenklich schwach wurde.

Die vorgeschlagene Rippenresektion wurde zunächst verweigert von den außerordentlich ängstlichen Eltern, der Knabe kam nur den Winter über noch 2mal zur Punktion, bei der jedesmal etwa 2 l entleert wurden. Interessant ist, daß der Knabe stets nach der Punktion 2—3 Tage fieberte und 1mal danach eine Urticaria, jedenfalls Folgen der entweder durch den Stichkanal oder die Pleura selbst infolge der veränderten Druck und Zirkulationsverhältnisse ermöglichten Resorption von toxischen Substanzen der Echinococcusflüssigkeit.

Erst als sich die Eltern überzeugten, daß die Flüssigkeit sich immer wieder nachfüllte und daß die Operation das einzige rationelle Mittel sei, gaben sie ihre Einwilligung zu derselben. Am 15. III. 1902 wurden von Herrn Professor Bayer in Chloroformnarkose unterhalb der Scapula je ca. 6 cm der 7. und 8. Rippe subperiostal reseziert, die etwa 4 mm dicke, mit der Pleura innig zusammenhängende Membran stumpf durchtrennt. Es entleerten sich 7 l der oben beschriebenen Flüssigkeit. Durch die Wunde wurde ein starkes Drainrohr eingeführt, die Pleurahöhle mit steriler Gaze locker tamponiert. Nach der Operation bestand starker Hustenreiz, der durch Codeïn nur wenig gemildert wurde und durch mehrere Tage anhielt, die Temperatur stieg auf 39° C., durch das Drain entleerte sich spärliche, der früheren analoge Flüssigkeit, nur hier und da ein Fetzen der Echinococcussmembran. Am 6. Tage nach der Operation erfolgte abermals eine Urticariaeruption.

Nach acht Tagen wurde das Drain entfernt und die ganze Höhle in der Absicht, die Sequestrierung anzuregen, mit steriler Gaze etwas fester tamponiert. Die Temperaturen schwankten in diesen Tagen zwischen 37—38° C. Acht Tage lang rührte sich der Echinococcussack gar nicht, und wir überlegten schon, in welcher Weise eine Verödung des Sackes durch eines der vielen vorgeschlagenen Mittel bewirkt werden könnte, falls die Tamponade versagen würde. Von solchen wäre uns da Sublimat bei Kindern zu bedenklich, Jod, Jodoform oder Alkohol plausibel gewesen.

Am 1. IV. 1902, dem 16. Tage post operationem, zeigte sich ein großes Membranstück in der Wunde flottierend. Mit Pinzetten sehr vorsichtig ziehend, gelang es mir, den Echinococcussack in toto wie ein hohles Ei herauszuziehen. Derselbe war einkämmerig, und stellte einen über zwei Mannesfaust großen Abguß der Pleurahöhle dar mit zahlreichen Excrescenzen und roten durch Hämatoidin bedingten Flecken auf der Innenfläche. Seine Wand bot in Zupfpräparaten wie Schnitten den typischen Bau des Echinococcus.

Bei dieser Ablösung trat fast gar keine Blutung ein, ein Zeichen, daß die Abstoßung allenthalben vollendet war; mit dem Reflektor übersahen wir einen großen Teil der Pleura, dieselbe war in lebhafter Granulation hier und da mit Fibrin belegt, jedoch nirgends Reste des Echinococcus, ebensowenig war eine Einziehung oder Narbe der Zwerchfellkuppel zu sehen.

Der weitere Verlauf war ein ganz glatter; durch den Drain entleerte sich, allmählich abnehmend reichliches Wundsekret, die Temperatur hielt sich in normalen Grenzen, die Lunge entfaltete sich allmählich. Nachdem auch durch Granulation die Resektionswunde sich geschlossen, wurde der Knabe drei Monate nach der Operation in blühendem Zustande mit einem Stützmieder behufs Verhütung einer Skoliose durch die Narbenschrumpfung nach Hause entlassen.

Digitized by Google

Ist schon das Vorkommen des Echinococcus bei Kindern ein seltenes — wir beobachteten in den letzten Jahren außer diesem nur noch einen Fall von Leberechinococcus — so ist der glückliche Ausgang der Erkrankung mit der frappierenden, geburtartigen Abstoßung des Sackes auf einmal als ein ganz außergewöhnliches zu bezeichnen, da der Durchbruch in die Pleurahöhle ein sowohl durch die mechanische, ganz besonders aber durch die chemische Wirkung äußerst gefährliches Ereignis darstellt. Ergießt sich damit doch eine Menge der exquisit toxischen Echinococcusflüssigkeit über eine neue resorptionstüchtige Serosa ganz abgesehen von den Komplikationen falls der Inhalt eiterungserregende Bakterien enthielt. So schreibt Mosler und Peiper: „Der Durchbruch nach dem Cavum pleurae erfolgt unter heftigem Seitenschmerz, plötzlich auftretender Dyspnoë und schneller Entwickelung einer meist tötlich verlaufenden eitrigen Pleuritis".

Daß es in diesem Falle zu einer solchen nicht kam, ist wohl ein Fingerzeig dafür, daß sich der primäre Leberechinococcus — wie gewöhnlich — subkapsulär an der Konvexität mehr nach hinten zu entwickelte, und mit keinem grösseren Gallengang in Verbindung trat, so daß sein Inhalt eher steril bleiben konnte. Diese Annahme erklärt auch den Befund der früheren Beobachter des Knaben, daß sich eine breite Dämpfungszone rechts hinten fand, während vorn die Leber nur etwas vergrößert und gesenkt erschien. Bei dieser Sachlage war auch der Nachweis eines cystischen Tumors durch Palpation oder Perkussion unmöglich, da derselbe, durch die Rippen gedeckt, dem direkten Nachweise sich entzog.

Die zum Teile recht schweren toxischen Erscheinungen — Urticaria, Juckgefühl, Fieber, im ersten Anfalle auch Coma — die sich jedesmal zeigten, wenn die Echinococcusflüssigkeit neue Resorptionsflächen fand, 1mal beim Durchbruch, nach der Punktion, sowie auch nach der Resektion, entweder durch Resorption von den gesetzten Wundflächen aus oder durch die Druckentlastung vom umgebenden Gewebe aus, bestätigen die Bedenken, welche man gegen die Punktion des Echinococcussackes auch zu diagnostischem Zwecke hegt. Dieselben sind gewiß völlig ausreichend, um bei Echinococcus der Leber, wenn derselbe nicht mit den Bauchdecken verwachsen ist, die Probepunktion als zu gefährlich zu unterlassen, da die Möglichkeit durch den Stichkanal, der die freie Bauchhöhle passiert, einen Weg für Dissemination auf das Peritoneum und Resorption des toxischen Inhaltes mit allen ihren Konsequenzen zu schaffen sich nicht ganz ausschließen läßt. Es ist daher gewiß rationeller, das von Volkmann[1]) wieder aufgenommene zweizeitige Operationsverfahren nach Récamier-Bégin für den Leberechinococcus auch als diagnostisches Mittel zu verwenden, wie es an einem 8jährigen Knaben an unserer Abteilung mit bestem Erfolge geschah. Das gleiche gilt wohl auch vom Echinococcus der Lunge und Milz.

In unserem Falle, wo dem Verlaufe und dem physikalischen Befunde nach außer den Weichteilen der Thoraxwand kein intaktes

---

[1]) Literatur bei Mosler und Peiper l. c.


Digitized by Google

Organ verletzt werden konnte, war die Punktion, die Maydl[1]) perhorresziert, so lange bei intra-thorakalen Flüssigkeitsansammlungen ihre Provenienz und Organsitz nicht klar sind", gewiß erlaubt, da sie zur Sicherung der Diagnose und Erwirkung der Operationseinwilligung unumgänglich nötig war. Man kann ja auch die eventuell notwendig scheinende Radikaloperation der Punktion gleich anschließen und so die Gefahren der letzteren auf ein Minimum reduzieren. Der glückliche Erfolg der Operation bestätigt aufs neue, daß die Behandlung des Echinococcus, wenn irgend angängig, nur eine chirurgische sein kann.

II. Referate.

L. Lórand. Beitrag zur Kenntnis des Echinococcus pleurae im Kindesalter.

(Aus dem Stefanie-Kinderspital zu Budapest.)

(Monatsschrift für Kinderheilkunde Oktober 1902.)

Im Stefanie-Kinderspitale wurden seit 1890 im ganzen zwei Fälle von Echinococcus im intrathorakalen Raume beobachtet. Den einen hat bereits v. Bókay 1900 beschrieben und betont, daß derselbe der 1. Fall sei, welcher bezeugte, daß das Baccellische Verfahren nicht nur bei Echinococcus der Leber, sondern auch bei intrathorakaler Lagerung der Blase zum Erfolge führt.

Die 2. Beobachtung schildert jetzt L. Sie ist vom diagnostischen und therapeutischen Standpunkt aus von Interesse. In ersterer Hinsicht war es schwierig festzustellen, mit welcher Art des intrathorakal gelegenen Echinococcus man es zu tun hatte, ob mit pleural oder pulmonal gelagertem. Es zeigte sich, daß der Pat., ein 11jähriger Knabe, der viel mit Hunden gespielt hatte, an primärem, intrathorakalem Echinococcus litt, bezw. daß multiple Cysten, höchst wahrscheinlich Mutter- und Tochterblasen, vorhanden waren, von denen eine Blase vereiterte und sich durch die Lunge bezw. durch den Bronchus spontan durchbrach und teilweise entleerte, so daß zur Zeit der Spitalaufnahme eine Pyopneumocyste konstatiert werden konnte. Es fand sich in der rechten Brusthöhle eine umschriebene Dämpfung, deren Grenzen sich bei Lageveränderung des Kranken veränderten, beim Husten wurde Foetor ex ore wahrgenommen, und bei der Punktion eine übelriechende, zersetzte Flüssigkeit gewonnen. Eine kleine Cyste war daher entweder in dem Lungengewebe gelagert, oder falls sie anfangs aus der Pleurahöhle hervorging, bildete sich eine Verwachsung zwischen der Blasenwand der vereiterten Cyste und dem visceralen Pleurablatte der Lunge, wonach zirkumskripter Zerfall des Lungengewebes und zum Schlusse Durchbruch erfolgte durch den ebenfalls exulzerierten Bronchuszweig. Die Mutterblase selbst dürfte jedoch zwischen den Pleurablättern gelegen sein. Denn erstens wurden

---

[1]) Maydl, Echinococcus der Pleura, Wien 1891 cit. bei Mosler-Peiper l. c.

Digitized by Google

in der Lunge keine entzündlichen Veränderungen gefunden, welche bei Lungenechinokokken gewöhnlich das Bild der Phthise vortäuschen. Es fehlten ferner vor und nach der Operation solche Symptome, welche auf eine Miterkrankung des Lungengewebes hingedeutet hätten (Höhlensymptome) und nicht auch durch einen in die Bronchien durchgebrochenen Pleuraechinococcus erklärt werden könnten. Die umschriebene fluktuierende Hervorwölbung an der vorderen Brustwand, die vorlag, spricht in der Regel ebenfalls für pleurale Lagerung der Blase. Endlich drängte sich bei der Operation nach der Rippenresektion und Eröffnung des parietalen Brustfellblattes sofort ein Teil des Blasensackes bruchartig hervor. Dies wäre bei primärer pulmonaler Lagerung der Cyste nur so möglich gewesen, wenn dieselbe in den Pleuraraum hineingewachsen wäre; doch hätte man dann die Anwesenheit eines Pyopneumothorax oder zumindest einer exsudativen Pleuritis mit Verwachsungen mit Recht erwarten dürfen! Der wichtigste Faktor zu gunsten der pleuralen Lagerung der Blase ist aber der, daß nach der leichten und vollkommenen Entfernung des kindskopfgroßen Echinococcus die Lunge vollkommen retrahiert und in komprimiertem Zustande entlang der Wirbelsäule im hinteren Teile der Höhle gesehen werden konnte. Eine Kommunikation der Echinococcushöhle mit der Leber wurde bei der Operation nicht konstatiert, auch ein Symptom einer solchen nicht entdeckt. Auf Grund dieser Erwägungen stellt L. die Diagnose auf primären multiplexen Pleuraechinococcus, von welchem eine Tochterblase in den Bronchus durchbrach.

Therapeutisch hat Bókay in seinem 1. Falle, wo bei einem 5jährigen Knaben ein die ganze linke Brusthälfte ausfüllender solitärer Echinococcus vorlag, mit 2mal wiederholten Baccellischem Verfahren volle Genesung erzielt. Auch bei obigem Falle wurde dies Verfahren versucht, aber ohne solchen Erfolg. In dem 1. Falle hatte man es auch mit einem solitären, intrathorakal gelegenen Echinococcus zu tun, in welchem die nach vorhergegangener Aspiration injizierte Sublimatlösung ihre volle Wirkung ausüben konnte. Bei obigem Falle war es anders. Bei der Operation sah man, daß die Mutterblase im Absterben begriffen war, daß ihre Blasenwand brüchig wurde, und daß demnach ein gewisser Einfluß der Sublimatinjektion zu bemerken war, doch konnte die Wirkung des Verfahrens hier nicht zur Geltung kommen, da eine Tochterblase, in die das Sublimat sicher nicht gelangt war, vereiterte und den Bronchus durchbrach, infolgedessen wohl auch die übrigen Blasen infizierte. Es war die Radikaloperation geboten. Diese ist also angezeigt, wenn wir Anzeichen der Vereiterung der Cyste oder des Auftretens von Pyopneumocystis wahrnehmen, während sonst das Baccellische Verfahren auch bei intrathorakaler Lagerung des Echinococcus als primärer Eingriff zu empfehlen wäre.

Grätzer.

Cima. Eitrige Pleuritis bei einem 2jährigen Kinde.

(La Pediatria No. IX. 1902.)

Bei der Untersuchung des Kindes fand sich eine bis zur Axillarlinie reichende vollkommene Dämpfung auf der rechten Seite; die

Digitized by Google

Probepunktion — im 7. Interkostalraum ausgeführt — ergab das Vorhandensein von reinem Eiter. Innerhalb einer Woche erfolgte — ohne besondere Therapie — völlige Aufhellung der Dämpfung. Während der Erkrankung hatte kein Fieber bestanden. Die mikroskopische Untersuchung des bei der Probepunktion erhaltenen Eiters ergab Eiterkörperchen, einzelne rote Blutkörperchen und Hämatoidinkrystalle. Die Untersuchung auf Tuberkelbazillen war negativ. Dagegen wuchs auf Agar und Bouillon ein Mikroorganismus mit allen morphologischen Eigenschaften des Staphylococcus albus, der auf Meerschweinchen geimpft, das Versuchstier innerhalb von 10 Tagen tötete. Innerhalb der Bauchhöhle des letzteren fand sich ein seröses, mit fibrinösen Flocken versetztes Exsudat, aus dem sich wieder der Staphylococcus albus in Reinkultur züchten ließ. Finder (Berlin).

G. Treupel (Freiburg i. B.) Operative Behandlung gewisser Lungenerkrankungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 40.)

Es handelte sich um die Operation bei einem 9jährigen Knaben mit einer umschriebenen Verdichtung nicht tuberkulöser Natur und beginnender Schrumpfung mit Bronchiektasien im linken Unterlappen, die sich im 4. Lebensjahre ausgebildet haben soll, wo Pat. eine Ähre verschluckte. Seidem viel Hüsteln, zeitweise bei starken Hustenanfällen reichliche Entleerung eines stark riechenden eitrigen Auswurfes, der auch sofort entleert wird, wenn man das Kind auf den Bauch legt.

Nach Resektion der 9.—7. Rippe wird mit dem Thermokauter in der Höhe der 7. Rippe etwa 5 cm nach außen von der Wirbelsäule eingegangen. Nachdem sich der Schorf abgestoßen, gelangte man mit der Sonde in eine nach der Wirbelsäule zu gelegene Höhle, aus der sich bei Hustenstößen Luft und Eiter entleerten. Seitdem expektorierte Pat. nichts mehr nach oben, sondern alles Sekret lief durch die Lungenfistel, die 7 Wochen offen blieb. Pat. bekam sehr bald blühende Gesichtsfarbe, nahm an Gewicht zu, hatte keinen Husten mehr, auch bei Bauchlage kam kein Eiter mehr zum Munde heraus. Verlauf auch weiter ein guter, die Operationswunde vernarbte, an Stelle der Lungenfistel ist eine trichterförmige Einziehung. Die Lungenerscheinungen sind fast verschwunden, Pat. wohl und munter. Man darf wohl annehmen, daß die Entfernung des Sekretes auf dem kürzeren Wege durch die Fistel während der 7 Wochen der Bronchialschleimhaut, die sonst damit benetzt wurde, zugute kam, und vor allem darf man erwarten, daß sich jetzt nach der ausgiebigen Thoraxresektion die Schrumpfung des Lungengewebes viel rascher und vollständiger vollziehen kann. Grätzer.

Digitized by Google

O. Moos (Heilbronn a. N.). Ein Fall von Lobärpneumonie mit konsekutivem Pemphigus acutus bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 45.)

Das bisher stets gesunde Kind erkrankte an typischer Pneumonie. Am 9. Krankheitstage zeigten sich zum erstenmale einige Bläschen von Stecknadelkopf- und Linsengröße auf der Vorderseite der Brust, von einem schmalen, blaßroten Saum umgeben. Diese vergrößerten sich tags darauf zu Dreimarkstückgröße, neue Bläschen tauchten auf Brust und Rücken auf. Dabei war der Allgemeinzustand sehr bedrohlich, gegen den Kollaps waren Kampherinjektionen nötig, die hyperpyretischen Temperaturen trotzten jeglicher Antipyrese. Der Ausschlag griff immer weiter um sich, am Rumpfe saßen bis hühnereigroße Blasen, nach deren Abtragung das Bild einer schweren Verbrennung bestand; vier Tage nach Beginn des Pemphigus erschien die untere Hälfte des Rückens in toto ihrer Epidermis beraubt, und auch auf der Vorderseite des Rumpfes, an Brust und Bauch waren über handtellergroße Partien freiliegenden Coriums. Der Prozeß auf der Lunge war unterdessen ziemlich abgelaufen, unter lytischem Temperaturabfall besserte sich das Befinden, die wenigen noch entstehenden Blasen blieben klein. Die Hautaffektion wurde mit Bardelebenschen Brandbinden, die sich gut bewährten, behandelt. Die Rekonvaleszenz erfuhr keine Störung, das Kind wurde wieder ganz gesund.

Grätzer.

Stoss. Die Pneumokokkenperitonitis im Kindesalter.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde 1902 Bd. 56 Heft 4).

Zusammenfassende Darstellung dieser Erkrankung auf Grund von vier selbstbeobachteten Fällen und der vorliegenden Literatur. Die vier Fälle wurden operiert und heilten alle.

Klinisch sind zwei Formen zu unterscheiden, die abgekapselte eitrige und die diffuse eitrige Peritonitis. Die erstere beginnt gewöhnlich ganz akut mit Erbrechen, Fieber und Schmerzen im Unterleib, zu denen sich häufig Diarrhöen gesellen. Allmählich tritt eine gewisse Ruhe ein; dabei kommt es unter gewöhnlich anhaltenden Diarrhöen zu meteoristischer Auftreibung des Leibes und nach etwa 14 Tagen zur deutlichen Flüssigkeitsansammlung im Abdomen. Wird in diesem Stadium der Abszeß nicht eröffnet, dann wird durch den Eiter der Nabel gleich einer Hernie vorgetrieben; durch die dünne gespannte Haut läßt sich der eitrige Inhalt erkennen; eventuell spontaner Durchbruch.

Die zweite, diffuse Form beginnt ebenso stürmisch, nur verschlimmert sich hier der Zustand ohne Unterbrechung. Das klinische Bild ist kein einheitliches, typisches, sondern entspricht dem einer allgemeinen schweren Peritonitis.

Besprechung der Diagnose und Differenzialdiagnose speziell gegenüber Typhus abdominalis (Fehlen der Roseola, geringe oder fehlende Milzvergrößerung, Widal negativ), tuberkulöser Peritonitis. — Pathologische Anatomie der Pneumokokkenperitonitis. Bezüglich der Patho-

Digitized by Google

genese der Erkrankung spricht sich Verf. dahin aus, daß dieselbe im jugendlichen Alter keine einheitliche sei, sondern daß sie vielmehr sowohl durch Propagation des Pneumococcus aus der Nachbarschaft, vom Darm, von der Pleura, von den weiblichen Genitalien her, als auch auf hämatogenem Wege entstehe.

Die **Prognose** ist bei den abgesackten Formen, wenn rechtzeitig eröffnet wird, eine sehr günstige, bei der diffusen eitrigen Form zum mindesten ernst.

Hecker (München).

H. Krause. Zur Behandlung der Lungen- und Kehlkopftuberkulose mit Hetol (Landerer).

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 42.)

K. hat 21 Pat. mit Lungentuberkulose, von denen die jüngsten 17 und 20 Jahre alt waren, mit intravenösen Injektionen — solche hält er allein für genügend wirksam — von Hetol behandelt. Nachdem er längere Zeit an seinen Kehlkopfkranken die Beobachtung gemacht hatte, daß unter dieser Therapie nicht nur oberflächliche und wenig ausgedehnte Schleimhautläsionen ohne alles weitere Zutun zur Heilung gelangten, sondern daß auch die medikamentöse oder chirurgische Lokalbehandlung der Kehlkopftuberkulose in kürzerer Zeit als bisher zu günstigen Resultaten führte, behandelte er mit Hetol auch besonders dazu geeignet erscheinende Fälle aus der Privatpraxis. Bei solchen Pat., denen es zu Hause an ausreichender Pflege nicht fehlte, machte er auch sehr befriedigende Erfahrungen damit, und zwar nicht nur in initialen Fällen von Phthise, sondern auch in schwereren. Freilich erfordert die Behandlung oft lange Zeit, wenn man die hauptsächlichsten Erscheinungen, das Fieber, den Husten, den Auswurf, die Schweiße, die Appetitlosigkeit und den Ernährungszustand günstig beeinflussen will. Bei konsequenter Anwendung des Hetols gelingt dies aber, und auch die physikalischen Krankheitszeichen zeigen deutlich die Wendung zum Besseren. Nicht selten, besonders bei beginnender Erkrankung, schwanden alle pathologischen Symptome bis auf geringe bleibende Veränderungen der Atmungsgeräusche. In anderen kam es zur Induration der befallenen Lungenpartien, in schwereren konnte man über Partien, welche amphorisches Atmen und grobe feuchte Rasselgeräusche zeigten, das allmähliche Verschwinden der letzteren nachweisen; es blieben nur Höhlengeräusche zurück, aber die Atmung wurde freier und leichter. Man darf sich aber durch Anfangserfolge nicht beirren lassen und veranlaßt sehen, mit der Therapie aufzuhören. Gewöhnlich treten sehr bald Zeichen von subjektiv und objektiv nachweisbarer Besserung fast aller Symptome ein, die aber später einem Stillstande Platz macht; auch letzteres darf einen nicht beirren, man hat vielmehr mit den Injektionen fortzufahren, bis je nach dem Falle, früher oder später dauernde Veränderungen im günstigen Sinne sich geltend machen.

Grätzer.


Digitized by Google

C. Fuchs. Klinisch-therapeutische Erfahrungen über Thiokol und Sirolin.

(Aus dem k. k. Allgemeinen Krankenhause in Wien.)

(Sonderabdruck aus der Wiener klin. Rundschau 1902 No. 21 u. 22.)

F. ist mit den genannten Präparaten sehr zufrieden gewesen, so daß er zu dem Schluß kommt:

„Alles zusammengefaßt, ergibt sich, daß das Thiokol und Sirolin infolge seiner Vorteile gegenüber allen Kreosotderivaten, besonders aber durch seine Ungiftigkeit, Appetit und Verdauung fördernde, Fieber, Nachtschweiße und vor allem den Lokalprozeß günstig beeinflussende Wirksamkeit als das derzeit beste Guajakolpräparat bei Phthise zu bezeichnen und zu empfehlen ist, und zwar vor allem bei beginnender Lungentuberkulose, aber auch gegen die Symptome schwerster Phthisen und besonders bei Komplikation mit Darmtuberkulose, wobei keine Kontraindikation (auch nicht durch Hämoptoë) besteht."

Auch bei Kindern hat F. die Mittel benutzt. Ein Beispiel:

J. P., neun Jahre; Status praesens am 20. IX. 1901: Links hinten Dämpfung bis zur Mitte der Scapula, vorne bis zwei Querfinger, unter der Clavicula; Bronchialatem, verlängertes Exspirium, trockene und feuchte Rasselgeräusche, spärlich, diffus; geringer Auswurf; Tuberkelbazillen positiv; Husten, Appetitlosigkeit, irregulär auftretende Temperatursteigerungen, Nachtschweiße; keine Hämoptoë, Urin normal; Körpergewicht 21,7 kg. Nach 10tägiger indifferenter Therapie bei unverändertem obigen Status erhielt Pat. ab 1. X. 1901 bis 18. II. 1902 anfangs 3mal, später 4mal täglich je eine Thiokoltablette; hernach Sirolin zwei bis drei Kaffeelöffel täglich; seit 2. I. 1902 vollständig normaler Lungenbefund, kein Auswurf, kein Husten, kein Nachtschweiß; sehr guter Appetit; Körpergewicht 26,5 kg. 15. III. Ende der Behandlung bei andauernd völlig normalem Befunde, Körpergewicht 28,6 kg.

Grätzer.

L. Teleky. Zur Bekämpfung der Tuberkulose.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 38—41.)

Auch in Österreich beschäftigt sich heute die Öffentlichkeit viel mit der Tuberkulosenfrage. Die verschiedene Wertung der mannigfachen vorgeschlagenen Maßregeln kommt auch in den von Körperschaften und Behörden abgegebenen Gutachten zum deutlichen Ausdruck. Diese bilden einen Teil des Materials, das T. als Unterlage für seine interessanten Darlegungen benutzte.

Alle Maßregeln zur Bekämpfung der Tuberkulose lassen sich in drei große Gruppen sondern. Die erste umfaßt alle jene Maßregeln, die, ohne sich speziell gegen die Tuberkulose zu richten, durch Schaffung günstiger und den Forderungen der Hygiene entsprechender Lebensverhältnisse der Phthise den Boden für ihre Entwickelung entziehen, z. B. Besserung der Lohn- und Arbeitsverhältnisse, Abkürzung der täglichen Arbeitszeit, Beschränkung der Frauen- und Kinderarbeit, Besserung der Wohnungsverhältnisse u. s. w. Die 2. Gruppe beschäftigt sich mit der Prophylaxe der Tuberkulose, indem sie einerseits die Gelegenheit für die Ansteckung verhindern will (Isolierung, Desinfektion u. s. w.), andererseits die für Tuberkulose Disponierten besonders schützt (Berufswahl, Rekonvaleszentenheime, Erholungstätten

Digitized by Google

u. a). Die 3. Gruppe erstrebt Heilung der Erkrankten (Seehospize, Volksheilstätten) und dadurch Hemmung der Weiterverbreitung der Seuche.

T. legt klar, welche Erfolge bisher mit diesen Arten von Maßnahmen erreicht wurden, und erörtert die Möglichkeiten, die sich uns für die Durchführung derselben bieten, wobei er die Erfahrungen heranzieht, die auf verwandten Gebieten gemacht wurden.

Grätzer.

M. Hohlfeld. Zur tuberkulösen Lungenphthise im Kindesalter.
(Aus der Kinderklinik in Leipzig.)
(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 47.)

Zwei Fälle, betreffend ein sieben Monate und ein zehn Monate altes Kind mit großen Kavernen im Oberlappen. Bei dem 1. Pat. war es zur Bildung einer größeren Kaverne im rechten Oberlappen gekommen, wo die Phthise ihren Hauptsitz genommen hatte; auch in der linken Lunge nahm die Größe der tuberkulösen Herde nach den Unterlappen zu ab. Der tuberkulöse Charakter der Lungenerkrankung ergab sich aus der Anamnese, dem ganzen Krankheitsbilde und vor allem durch den Nachweis von Tuberkelbazillen im Sputum, während Auskultation und Perkussion mit Sicherheit nur die Zeichen einer Verdichtung des Lungengewebes ergaben. Beim 2. Kinde bestanden intra vitam Kavernensymptome, die durch den Nachweis elastischer Fasern im Sputum besonderen Rückhalt gewannen. Während man jedoch nach dem klinischen Befunde einen größeren Hohlraum erwarten durfte, fand sich bei der Sektion, daß dieser nur vorgetäuscht wurde durch Bronchiektasien in der Umgebung der kleinen Kaverne, die auch hier im Oberlappen saß, während die Tuberkulose ziemlich gleichmäßig über alle Lappen verbreitet war. Auch in diesem Falle wurden im Sputum Tuberkelbazillen nachgewiesen. Es fand hier ferner — ein seltenes Ereignis in diesem Alter — eine Hämoptoe statt.

Beide Fälle zeigen wieder, welche Ausdehnung die Phthise schon bei Säuglingen annehmen kann.

Grätzer.

Eugen Schlesinger. Eigentümlicher Beginn einer tuberkulösen Meningitis.
(Archiv für Kinderheilkunde 1902 Bd. 34, Heft 5/6.)

Ein $2\frac{1}{2}$jähriges Kind wird mitten in voller Gesundheit plötzlich apoplektiform, von stundenlang anhaltenden, halbseitigen Krämpfen befallen, die von einer vollkommenen Lähmung derselben (rechten) Seite und Aphasie gefolgt waren. Alle diese Erscheinungen gingen jedoch innerhalb 36 Stunden vollkommen vorüber. Unmittelbar darauf setzte mit einem typischen, tagelangen Prodromalstadium die tuberkulöse Menigitis ein, die weiterhin unter all den gewohnten Erscheinungen am 15. Tage zum Exitus führte. Verf. schließt daraus, daß bei einem tuberkulös belasteten Kinde das Auftreten schwerer Kon-

Digitized by Google

vulsionen und Lähmungen stets mit Wahrscheinlichkeit auf eine tuberkulöse Meningitis, als das im Kindesalter häufigste Vorkommnis folgern lasse.

Hecker (München).

Dimitrie Jonescu. Die Cirrhosis cardio-tuberculosa.

(Spitalul 1902 No. 18/19.)

Eine der interessantesten unter den verschiedenen, mit chronischem Ascites komplizierten Krankheiten des Kindesalters, ist die von Hutinel im Jahre 1893 beschriebene Cirrhosis cardio-tuberculosa. Die durch den tuberkulösen Prozeß hervorgerufene perikardische Symphise bildet eine bedeutende Ursache venöser Stauungen, welche einen nachteiligen Einfluss auch auf die venöse Blutzirkulation der Leber ausübt und zur Entwickelung chronischer Hypertrophien und im weiteren Verlaufe zu wahrer Lebercirrhose führt. Die Stauung im rechten Herzen wirkt also hier auf dem Wege der supra-hepatischen Gefäße auf die Leber. Andererseits kann aber die Tuberkulose auch direkt auf die Leber einwirken und zwar auf dem Wege der Arteria hepatica, der Vena porta oder der Gallengänge, wenngleich der Weg durch die Pfortader der wahrscheinlichste ist. Die Krankheit ist selten, denn in der Literatur sind im ganzen 32 Beobachtungen verzeichnet, sechs bei Erwachsenen und die übrigen bei Kindern.

Die perikardische tuberkulöse Symphise führt rasch zur Asystolie und infolge Behinderung der Herzbewegung zur Stauungsleber. Mitunter bietet die Leber auch tuberkulöse Granulationen, fettige Degenerationen oder fettige hypertrophische Cirrhose.

Die Hauptsymptome dieser Krankheit sind: geringe körperliche Entwickelung, Dyspnoë, Cyanose des Gesichtes und der Extremitäten, vergrößerte, nicht schmerzhafte Leber, schwache Herztätigkeit mit fötalem Rhythmus und bedeutenden Ascites.

Verf. beschreibt einen selbstbeobachteten Fall, bei welchem ausgedehnte pleuro-perikardische und mediastino-sternale Adhärenzen, in denen sich verkäste Tuberkeln befanden, gefunden wurden. Das Perikard war fest mit dem Herzen durch zahlreiche, mit Tuberkeln besetzte Pseudomembranen verwachsen. Außerdem bestand Lungentuberkulose und Muskatnußleber.

E. Toff (Braila).

H. Brüning (Leipzig). Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane im Kindesalter.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 12. August 1902 Heft 2.)

In dem ersten eingehend beschriebenen Falle handelt es sich um ein 4jähriges Mädchen, das unter den Erscheinungen einer tuberkulösen Peritonitis zu Grunde ging. Bei der Sektion fanden sich neben einer allgemeinen Drüsen- und Miliartuberkulose tuberkulöse Darmgeschwüre und von diesen ausgehend eine tuberkulöse Perforativperitonitis; außerdem tuberkulöse Salpingitis und Endometritis. Letztere Affektionen waren durch Fortschreiten der tuberkulösen

Digitized by Google

Peritonitis auf die abdominalen Tubenenden und von da durch den Tubenkanal auf die Uterushöhle hervorgerufen. Verfasser verbreitet sich dann an der Hand zahlreicher Literaturangaben noch ausführlich über die Häufigkeit des Auftretens der Genitaltuberkulose im Kindesalter, über ihre Entstehungsweise wie über den Sitz der tuberkulösen Prozesse: Die meisten Fälle treffen auf das Lebensalter zwischen 1 und 5 Jahre, dann folgt das von 11—15 Jahren; weniger häufig wird das Lebensalter zwischen 6 und 10 Jahren befallen; unter 1 Jahr wurde unter 44 Fällen genitale Tuberkulose nur einmal beobachtet. Die sekundäre Genitaltuberkulose ist viel häufiger wie die primäre.

Die Diagnose wird sich in manchen Fällen durch das Auffinden von Tuberkelbazillen im Scheidensekret stellen lassen. In zweifelhaften Fällen von tuberkulöser Peritonitis bei Mädchen kann eventuell ein derartiger Befund die Diagnose tuberkulöse Peritonitis sicher stellen.

Marx (München).

Graham Little. Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis.

(Londoner dermat. Gesellschaft Sitzung vom 11. Juni 1902.)

(The Brit. Journ. of Derm. Bd. 14 Juli 1902.)

Die Anamnese deutet auf direkte Inokulation hin, da der Vater des gegenwärtig $2\,^1/_2$ Jahre alten Kindes drei Monate zuvor nach langem Krankenlager an Phthisis gestorben ist. Das Kind schlief bei ihm und bekam eines Tages am linken Daumen eine Pustel, die aufgestochen wurde, aber nicht abheilen wollte. Das Knötchen wurde größer und nahm eine warzige Beschaffenheit an. Das Gewächs befindet sich auf einer geröteten Basis und hat eine papillomatöse Oberfläche.

C. Berliner-Aachen.

Graham Little. Acne scrofulosorum.

(The Brit. Journ. of Derm. Bd. 14 Sept. 1902.)

Der Fall betrifft ein drei Monate altes, erblich nicht belastetes Kind, das am ganzen Körper, besonders stark an den Oberschenkeln, Unterschenkeln und am Gesäß, zahlreiche akneiforme Pusteln, außerdem tief in der Haut sitzende, verschieden große, bläulichroth verfärbte, gespannte Knoten zeigt. Bei näherer Untersuchung erweisen sich dieselben als Abszesse. Nur zwei Tuberkelbazillen konnten unter hundert Präparaten aufgefunden werden.

C. Berliner-Aachen.

P. Clairmont. Zur Tuberkulose der Schilddrüse (Struma tuberculosa).

(Aus der I. chirurg. Universitätsklinik in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 48.)

C. beobachtete ein 2jähriges, sonst gesundes Kind, bei welchem sich im Verlaufe von 2—3 Wochen eine rasch wachsende Geschwulst in der Gegend der Schilddrüse entwickelte. Wegen zunehmender Atembeschwerden führte dieselbe

Digitized by Google

zu einem operativen Eingriff, bei welchem ein Tumor gefunden wurde, der in seiner Lage der Schilddrüse entsprach, mit den oberflächlichen Muskeln verwachsen war und in seinem Inneren vielfache verkäste Herde darbot. Der Tumor wurde anscheinend im gesunden durch Exzision und Excochleation entfernt. Die histologische Untersuchung ergab tuberkulöses Granulationsgewebe. Nach $^1/_2$ Jahr war neben der noch immer bestehenden Fistel ein Rezidiv in Form einer kleinapfelgroßen derben Geschwulst aufgetreten. Bei der 2. Operation wurde diese Geschwulst, die mit der Trachea innig verwachsen war, exstirpiert; sie erwies sich ebenfalls als tuberkulöses Granulationsgewebe.

Zweifellos lag hier Tuberkulose vor. Entwickelte sich dieselbe in der Schilddrüse oder in der Nachbarschaft und griff von da auf jene über? Es könnte sich höchstens um eine der Schilddrüse angelagerte Lymphdrüse handeln, die zuerst infiziert worden wäre. Allerdings waren vergrößerte Lymphdrüsen nicht nachzuweisen und in zahlreichen mikroskopischen Präparaten waren Reste lymphatischen Gewebes nicht zu finden, doch könnte es immerhin, zumal ja gerade beim Kinde die Lymphdrüsen mit Vorliebe tuberkulös erkranken, möglich sein, daß auch hier erst von einer solchen der Prozeß auf die Schilddrüse übergriff. War dies nun überhaupt der einzige tuberkulöse Herd im Körper oder lag sekundäre Schilddrüsentuberkulose, auf dem Wege der Lymphbahn erfolgte Metastasierung vor? C. glaubt letzteres der Erfahrung gemäß, doch ließ sich kein anderer Krankheitsherd nachweisen. Prüft man die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen von primär aufgetretener Schilddrüsentuberkulose, so erscheinen dieselben durchwegs anfechtbar; jedenfalls ist vorläufig das Vorkommen einer primären Schilddrüsentuberkulose nicht erwiesen.

Das pathologisch-anatomische Bild der Affektion weicht von dem der Tuberkulose im allgemeinen nicht ab. Klinisch ist das hervorstechendste Symptom die rasche Dickenzunahme des Organs, die an Struma maligna erinnern läßt; die derbe, unebene Geschwulst führt stets durch Kompression der Trachea zu Dyspnoë, häufig zeigen sich Druckerscheinungen der benachbarten Nerven. Differentialdiagnostisch kommen außer der ja viel häufiger beobachteten Struma maligna noch besonders in Betracht Lues, akute Strumitis, Struma congenita und angeborene Geschwülste am Halse.

Therapeutisch kommt nur Operation in Betracht, deren Erfolge bisher gute waren. Schädliche Folgen durch Auftreten von Ausfallserscheinungen wurden bisher nicht gesehen. Obiger Fall ist allerdings noch nicht spruchreif. Bei seiner letzten Untersuchung, 11 Monate nach der zweiten Operation, sah das Kind nicht frisch wie früher aus, war nicht so lebhaft, zeigte ein leicht gedunsenes, blasses Gesicht, ausdruckslose Augen u. s. w. Eventuell müßte man orgarotherapeutisch eingreifen. Grätzer.

Tarchetti und **Zanconi**. Beitrag zum Studium der latenten Tuberkulose der Mandeln und adenoiden Vegetationen.

(Gazzetta degli ospedali e delle cliniche No. 102 1902.)

Das Material, dessen Verf. sich zu seinen Untersuchungen bediente, bestand fast ausschließlich aus adenoiden Vegetationen, die

Digitized by Google

bei kindlichen Individuen entfernt worden waren, bei welchen keinerlei Zeichen von Tuberkulose vorhanden waren. Ein Teil des durch die Operation gewonnenen Materials wurde unter allen Kautelen Meerschweinchen unter die Haut gebracht, ein Teil für die mikroskopische Untersuchung vorbereitet. In vorliegender Arbeit wird nun über den Ausfall der Impfversuche berichtet. Keines der 17 geimpften Meerschweinchen ging an Tuberkulose zu Grunde, so daß bei keiner der zur Impfung verwandten adenoiden Vegetationen das Vorhandensein einer latenten Tuberkulose angenommen werden kann. Den Resultaten der Verff. stehen die auf Grund eines größeren Materials gewonnenen positiven Ergebnisse anderer Autoren gegenüber. F.

Ch. Orescu. Die adenoiden Vegetationen.

(Spitalul [rumänisch] 1902 No. 14/15.)

Die adenoiden Vegetationen der Retro-nasalgegend werden oft verkannt, obwohl ihnen eine gewisse Wichtigkeit zukommt, da sie oft ernste Schädigungen der Gesundheit bewirken können, vor allem beispielsweise chronische Nasenleiden und eitrige Mittelohrentzündungen. Auch die Intelligenz, das Gedächtnis und die Aufmerksamkeit des Patienten sind geschwächt. Eine exakte Diagnose kann meist nur durch hintere Rhinoskopie gestellt werden. Die beste Behandlungsmethode ist die frühzeitige chirurgische Entfernung. Verf. benützt hierzu die Zange von Löwenberg, den Adenotom von Gottstein und seine eigene gekrümmte Kurette. E. Toff (Braila).

J. Fein. Eine neue Kurette für die Abtragung der adenoiden Vegetationen im Nasenrachen.

(Wiener klin. Rundschau 1902 No. 43.)

Die üblichen Kuretten ließen nicht selten größere Stücke der Wucherungen stehen, sodaß sehr bald sich Rezidive einstellten. Nach F.s Ansicht ist an diesen Mißerfolgen der unzweckmäßige Schaft der Instrumente schuld.

Die Bewegung, welche das Instrument zu machen hat, ist eine kombinierte; in zwei Komponenten zerlegbare. Die Hauptkomponente ist eine hebelartige Drehbewegung in der Sagittalebene, bei welcher der Drehpunkt irgendwo in der Mundhöhle, in der Regel unterhalb des weichen Gaumens, liegt, während der lange Hebelarm vom Griff dargestellt wird und am kurzen Hebelarm das Messer im Nasenrachenraum wirkt. Die 2. Komponente der Bewegung ist eine kreisende, weil der genannte Drehpunkt nicht fix bleibt, sondern während der Drehbewegung einen sagittalgestellten kleinen Kreisbogen beschreibt. Um nun die ganze Anwachsungsstelle der vergrößerten Rachenmandel mit dem Messer bestreichen zu können, bedarf es für die Bewegungen des langen Hebelarmes eines großen Spielraumes, der zwischen den Kiefern nicht immer vorhanden ist. Der Hebelarm muß, wenn er ausgiebige Bewegungen zu machen imstande sein soll, außerhalb der Zahnreihen liegen. Es muß daher der Schaft

Digitized by Google

im Drehpunkt senkrecht zur Seite abgebogen werden, damit derjenige Teil, welcher zwischen den seitlichen Zahnreihen zu liegen kommt, nur eine Achse darstellt, welche sich um ihre Längsrichtung dreht und daher nur einen ganz kleinen Raum benötigt. Da aber der Drehpunkt des Hebels während der Bewegung eben nicht fix bleibt, sondern sich in einem kleinen, sagittal gestellten Kreisbogen bewegt, so beschreibt diese frontal gestellte Drehachse eigentlich einen Teil einer Mantelfläche eines Zylinders, dessen Grundflächenradius aber so klein ist, daß zwischen den Zahnreihen reichlich Platz verbleibt.

F.s nach diesen Prinzipien konstruierte Kurette[1]) hat sich in weit über 100 Fällen bereits bewährt; es gibt für Kinder von ungefähr 115 cm Körperlänge (Alter von 5—6 Jahren) und für solche bis 135 cm Länge (etwa 12 Jahre) besondere Nummern. Grätzer.

M. Penkert. Über die Beziehungen der vergrößerten Thymusdrüse zum plötzlichen Tode.

(Aus dem patholog. Institut in Greifswald.)

(Deutsche med. Wochenschr. No. 45.)

Zwei neue Beobachtungen von Thymustod. Das erste Mal handelte es sich um ein nach äußerer Wendung (wegen Querlage) spontan geborenes Kind. Obwohl nach der Aufstoßung Mund und obere Luftwege frei von Schleim waren, blieb das Gesicht stark cyanotisch verfärbt. Die künstlichen Atmungsversuche hatten wenig Erfolg, drei Stunden nach der Geburt Exitus. Bei der Sektion fand sich vollkommene Atelektase der Lungen, die Schwimmprobe fiel allenthalben negativ aus; außerdem fand sich eine sehr große Thymusdrüse. Diese mußte den Eintritt der Luft verhindert haben, die künstliche Atmung hatte keinen Erfolg.

Weit interessanter ist der 2. Fall, wo ein 6 monatliches, bisher stets gesundes Kind ganz plötzlich unter kurzem Röcheln starb und die Sektion nur die beim Erstickungstode gewöhnlichen Befunde, dazu eine starke Thymusvergrößerung aufdeckte. Hier konnte nur letztere den plötzlichen Tod bedingt haben. Man fand alle Organe normal, die Luftröhre säbelscheidenförmig zusammengedrückt. Die abnorm vergrößerte Thymus bedrängt natürlich die im Brustkorbe gelegenen Organe, speziell aber die Trachea in der oberen Brustöffnung, sie komprimiert überhaupt die Trachea von hier bis zur Bifurkation. Nimmt nun das Individuum eine anormale Lage ein, z. B. Hinüberbiegen des Kopfes, so werden die oberen Thymusteile, an der Trachea durch fibröses Bindegewebe fixiert, nach oben gezogen, die obere Brustöffnung wird etwas mehr verengert. Gleichzeitig wird die Halswirbelsäule in diesem Gebiete nach vorn gedrängt und komprimiert in verstärktem Grade die Luftröhre von hinten, so daß kein Raum zum Eintritt der Luft übrig ist, plötzliche Atemnot und Erstickung eintritt. Grätzer.

---

[1]) Bei Reiner, Wien I, Franzensring 22.

Digitized by Google

Leopold Neumann. Untersuchungen über die Viskosität des Sputums und ihre Beziehung zum Husten, insbesondere zur Pertussis.

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. 85 Heft 1 und 2.)

Das Auftreten und der wechselnde Charakter des Sputums beim Keuchhusten wurde schon wiederholt mit dem Verlauf dieser Erkrankung in nahe Beziehung gebracht. N. suchte nun durch eine exakte Methode die Viskosität, d. h. die Zähflüssigkeit des Sputums beim Keuchhusten zu bestimmen und durch gleichzeitige klinische Beobachtungen der Hustenanfälle festzustellen, ob ein bestimmter Zusammenhang zwischen der Zähigkeit des Sekrets und der Intensität des Hustens besteht. Der hierzu konstruierte Apparat besteht im Prinzip aus einer Kapillarröhre von bestimmter Lichtung, durch welche das betreffende Sputum unter abgemessenem, stets gleichem Druck getrieben wird. Die Geschwindigkeit, mit welcher das Sputum eine gewisse Länge der Röhre durchmißt, ergibt — auf 1 ccm ausgerechnet — den Viskositätsgrad des Sputums.

Der Einfluß der Tageszeit auf die Menge des Sputums machte sich in dem Sinne geltend, daß die in den Vormittagsstunden ausgehusteten Sputa stets voluminöser waren. Hinsichtlich der Viskosität der Sputa und des Charakters der Anfälle ließ sich in den verschiedenen Tageszeiten kein Unterschied erkennen.

Die Sputummenge stand nirgends in konstanter Beziehung zum Viskositätsgrad; ebenso bestand kein Parallelismus zwischen Viskosität des Sputums und der Intensität der Anfälle, wenigstens ergab sich aus den Untersuchungen, daß eine Abnahme der Heftigkeit der Hustenparoxysmen nicht mit einer Verflüssigung des Sekrets einhergeht, wie das bisher vielfach angenommen war; es zeigte sich im Gegenteil bei drei längere Zeit beobachteten Fällen eine bedeutende Steigerung der Viskosität bei Abnahme der Zahl und Intensität der Anfälle. Dieser Umstand, daß sich oft gerade bei leichteren Anfällen ein zäheres Sputum findet, als bei schweren, ist für die Therapie des Keuchhustens von Wichtigkeit; es erscheint nämlich fraglich, ob die herkömmliche Darreichung von Expectorantien, die ja eine Verflüssigung des Bronchialsekrets erstrebt, wirklich günstig auf den Verlauf einer Pertussis einzuwirken vermag.

N.s Beobachtung, daß schwere Anfälle mit einem Sputum von niederer Viskosität und das Abklingen des Stadiums der schweren Paroxysmen mit einem Zäherwerden des Sputums koinzidiert, weist ihn darauf hin, daß die schweren Keuchhustenanfälle in einer Beziehung zu der geringen Viskosität des Pharynx- und Tracheal- bezw. Bronchialsekrets stehen und das auslösende Moment für die schweren Hustenparoxysmen vielleicht in einer durch die niedrige Viskosität bedingten größeren Beweglichkeit der Sputumsäule und der Zunahme des Volumens der letzteren zu suchen ist. Hecker (München.)

Digitized by Google

C. Stamm (Hamburg). Zur Prophylaxe des Keuchhustens.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 39.)

Die Bahnverwaltungen können jeden Fall einer ansteckenden Krankheit von der Fahrt ausschließen, wenn nicht eine ganze Wagenabteilung benutzt und bezahlt wird, das bedeutet also, daß der 6—8 fache Fahrtpreis entrichtet werden muß. Keuchhustenkranke Kinder werden besonders häufig behufs Ortswechsels die Bahn benutzen. Die schweren pekuniären Opfer schrecken natürlich die Angehörigen ab, die Fälle werden nicht gemeldet, und wenn unterwegs Anfälle auftreten, kommt der Auswurf mit Gardinen, Teppichen u. s. w. in Berührung, wird von den Mitfahrenden aufgenommen u. s. w.

St. fordert daher, daß für solchen Transport die Bedingungen leichter gestellt werden, die Isolierungskosten billiger werden. Außerdem erfordert die Beförderung keuchhustenkranker Kinder, daß das zu benutzende Coupé leicht zu desinfizieren sei, daß also Polsterung fehle oder mit abwaschbarem, wasserdichtem Stoff bedeckt sei, daß Teppiche nicht benutzt oder durch eine desinfizierbare Unterlage ersetzt werden, daß Gardinen und Rouleaux abgenommen werden.

Grätzer.

Mario Vianello Cachiole. Über die Anwendung von Pyridin beim Keuchhusten.

(Gazzett. degli ospedali e delle cliniche No. 90 1902.)

Verf. schildert die Behandlungsweise der Pertussis, wie sie an der Myaschen Klinik in Florenz gehandhabt wird. Dieselbe besteht zunächst in weitgehendster Anwendung hygienischer Maßnahmen; die Kinder wurden in großen luftigen Räumen untergebracht, skrupulöseste Reinlichkeit beobachtet, täglich mehrere Male die Bett- und Leibwäche gewechselt, häufig gebadet, tägliche Mundreinigung mit 1 ‰iger Lösung von Kal. permangan. Jedes Kind hat einen eisernen emaillierten Spucknapf, der häufig ausgewaschen und desinfiziert wird und schließlich wird ganz besonderes Augenmerk auf eine sehr reichliche Ernährung gerichtet.

Die eigentliche Therapie besteht in Anwendung von Pyridininhalationen, die bekanntlich zuerst gegen Asthma nervosum empfohlen worden sind. Nach Ansicht des Verf.s hat das Pyridin beim Keuchhusten eine doppelte Wirkung; erstens verringert es infolge der sedativen Wirkung, die es auf die bulbäre Region ausübt, die Intensität der Anfälle und zweitens soll es die Zahl der Mikroorganismen herabsetzen. Was das letztere anbetrifft, so hat Verf. Versuche angestellt, aus denen hervorgeht, daß Kulturen von Staphylococcus, den Pyridindämpfen ausgesetzt, sich im Thermostaten nicht entwickeln. Die Anwendungsweise des Mittels geschah derart, daß 4—5 g Pyridin 2mal täglich in eine zu den Füßen des Bettes stehende flache Schale gegossen wurden. Gleichzeitig wurden die verschiedenen Bromverbindungen angewandt. Ohne seine Angaben durch zahlenmäßige Belege oder Krankengeschichten zu erläutern, rühmt Verf. die geschilderte Art der Keuchhustenbehandlung als eine besonders leistungsfähige.

F.

Digitized by Google

Fürst (Berlin). Das Problem, den Keuchhusten abzukürzen oder zu coupieren.

(Wiener med. Presse 1902 No. 47.)

Eine energische, 3mal täglich in der Richtung von oben nach unten erfolgende Einreibung von Antitussinsalbe am Kehlkopf und Hals erwies sich in 16 Fällen als nutzbringend: die Zahl der Anfälle, die Intensität derselben wurde herabgesetzt, der Verlauf abgekürzt. Coupierung des Keuchhustens gelingt nur bei Anwendung des Mittels während des Initialstadiums. Grätzer.

H. Stursberg. Über Aristochin, ein geschmackloses Chininderivat.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 45.)

Das ein weißes, geschmackloses Pulver darstellende Präparat, das 96 % Chininbase enthalten soll, erhielten im Kinderambulatorium der med. Universitätsklinik Bonn 18 an Pertussis leidende Kinder im Alter von fünf Monaten bis zu sechs Jahren, davon zwölf längere Zeit hindurch (Kinder unter drei Jahren 3mal täglich 0,05—0,1, größere bis 0,3). Die Darreichung mit etwas Wasser bot keinerlei Schwierigkeiten, es wurden weder Erbrechen noch sonstige schädliche Folgen beobachtet. In etwa der Hälfte der Fälle war ein deutlicher Erfolg nicht zu bemerken, bei der anderen Hälfte schien der Verlauf der Krankheit recht günstig beeinflußt zu werden. Jedenfalls sind weitere Versuche mit dem Mittel empfehlenswert, wobei man, da sich dasselbe als unschädlich erwiesen hat, ruhig die beigenannten Dosen erhöhen könnte. Grätzer.

Elena Manicatide. Die Serotherapie bei Tussis convulsiva.

(Spitalul [rumänisch] 1902 No. 6.)

Nachdem im Sputum keuchhustenkranker Kinder ein eigentümlicher Bazillus gefunden wurde, lag die Möglichkeit nahe, denselben zur Herstellung eines kurativen Serums zu benützen. Es wurden daher Reinkulturen desselben auf Schafe und Pferde überimpft und das betreffende Blutserum, ähnlich wie das Diphtherieheilserum benützt. Die Zahl der Anfälle der damit behandelten Kinder nahm ab. und war die Heilung der Krankheit eine raschere als unter der Einwirkung anderer Behandlungsmethoden. E. Toff (Braila).

H. Simmonds (Hamburg). Über Nebennierenblutungen.

(Virchows Archiv Bd. X Heft 2 November 1902.)

In der Arbeit, die besonders die Blutungen bei Erwachsenen bespricht, sind auch einige Fälle von Nebennierenhämorrhagien bei Kindern bemerkenswert. 2mal beobachtete Verf. solche Blutungen infolge von kapillaren Embolien durch Bakterien. — 1. Fall (im Original VIII): ein Jahr alter Knabe, der im Verlauf von Keuchhusten

Digitized by Google

an lobulärer Pneumonie und multiplen Gelenkseiterungen erkrankte und ad exitum kam. Bei der mikroskopischen Untersuchung der beiden sehr vergrößerten Nebennieren, deren Rinde wie Mark stark hämorrhagisch infiltriert waren, wurden neben einer dichten, hämorrhagischen Infiltration aller Abschnitte in vielen Kapillaren Pfröpfe, von Streptokokken gebildet, gefunden. — Beim 2. Fall (im Original X.) bei einem vier Monate alten Knaben ein ähnlicher Befund. Hier handelte es sich jedoch um Coli-Bazillen. — Im 3. Fall (im Original XII.) hat das betreffende Kind die wohl intra partum entstandene Nebennierenblutung überlebt. Es starb im Alter von vier Monaten an Pneumonie. Außer einem kleinen Rest von normalem Nebennierengewebe fand man hier nur amorphe, mit Blutpigment durchsetzte Massen. — Dieser Fall zeigt, daß einseitige Nebennierenblutungen ohne Schaden für das Individuum zur Ausheilung gelangen können. Eine hämorrhagische Infarzierung beider Nebennieren jedoch führt zum Tode, der gewöhnlich unter peritonitischen und Kollapserscheinungen einzutreten pflegt.

Schridde-Erlangen.

J. Jundell. Einige klinische und bakteriologische Beobachtungen über die Influenzakonjunktivitis bei Säuglingen.

(Widmarks Mitteilungen aus der Augenklinik des Carolinischen Medico-chirurgischen Instituts zu Stockholm 1902 IV.)

Gelegentlich einer Influenzaepidemie unter den Säuglingen in Stockholm fand J. in zahlreichen Fällen eine Konjunktivitis als Komplikation von Seite der Augen. In neun Fällen gelang es auch, den Influenzabazillus aus dem Bindehautsekret reinzuzüchten, und zwar wurden die bakteriologischen Untersuchungen sehr exakt durchgeführt. J. warnt davor, aus dem einfachen Ausstrichpräparat die Diagnose Influenzabazillus-Konjunktivitis zu stellen, da auf diese Weise auch dem Geübten zahlreiche Irrtümer unterlaufen müssen. Die Augenaffektion kann zustande kommen entweder durch direkte Invasion des spezifischen Influenzamikroorganismus, oder durch die Toxine desselben oder schließlich durch Sekundärinfektion. Es können natürlich auch mehrere dieser Momente zusammenwirken. Bemerkt muß werden, daß auch einmal zufällig durch eine Verunreinigung des Bindehautsackes von den Respirationswegen her im Tränensekret Influenzabazillen gefunden werden könnten. Doch scheint dies bei den von J. beschriebenen Fällen ausgeschlossen, da sich fast in allen die Bazillen ganz oder beinahe in Reinkultur vorfanden.

Von den erkrankten Kindern stand eines im 2., die übrigen im 1. Lebensjahre. Stets wurden beide Augen befallen, wenn auch nicht immer gleichzeitig. Die Intensität der Konjunktivitis war sehr verschieden. Es wurden alle Stadien von einer leichten katarrhalischen Injektion bis zu ausgesprochen blennorrhoiformer Entzündung beobachtet. Doch blieb der Prozeß stets auf die Bindehaut beschränkt. Meist bestand gleichzeitig mehr oder weniger heftiger Schnupfen. Als häufigsten Infektionsmodus nimmt J. die Übertragung von Sekret aus Mund oder Nase an, und zwar kann dies durch die Hand des Kindes oder durch den zum Waschen verwendeten Schwamm geschehen.

E. Enslin (München).

Digitized by Google

W. Stekel (Wien). Zur Pathologie und Therapie der Influenza.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1902 No. 44/45.)

Die genaue Besichtigung des weichen Gaumens ist ein differentialdiagnostisch sehr wichtiges Hilfsmittel bei der Influenza. In einer großen Anzahl von Influenzafällen treten fibrinartige weiße Stellen unter der Schleimhaut auf, welche, zufällig auf der Tonsille lokalisiert, mit einem Pseudocroup oder einem echten Influenzacroup kombiniert, das Bild einer echten Diphtheritis vortäuschen können. Zahlreiche Erfahrungen lehrten S., daß es in der Tat ein typisches Bild einer Pseudodiphtheritis gibt, die in Wahrheit nur eine croupöse Influenza ist, und deren Diagnose in den meisten Fällen nicht gestellt wird. Man kann die Diagnose aber leicht stellen, wenn man auf folgende Momente Rücksicht nimmt: Influenzadiphtheritis fängt in der Mehrzahl der Fälle mit Bronchitis an. Die Zunge zeigt meist das Bild einer Himbeerzunge. Die Milz ist vergrößert, mitunter auch palpabel. Am Gaumen finden sich fleckenförmige Streifen. Der Influenzabelag hat ein gelblichweißes Aussehen und sitzt nicht auf der dunkelrot düster entzündeten Schleimhaut, wie bei Diphtheritis, sondern auf fast normal gefärbten Tonsillen. Ist dieser Belag an den Mandeln, so zerfällt er sehr rasch und kann nach einigen Tagen schwinden. Am weichen Gaumen und in der Nase jedoch persistieren diese Stellen oft 14 Tage nach der Entfieberung. Wichtig ist auch das merkwürdige Verhalten des Herzens bei der Influenza, das etwa bei 50% von S.' Pat. sich zeigte. Meist handelte es sich um eine leichte Arythmie des Pulses, die abwechselnd bald mit Tachycardie, bald mit Bradycardie kombiniert war; in einzelnen Fällen wurde auch geringe Dilatation des Herzens konstatiert, hier und da auch ein systolisches Geräusch an der Herzspitze. Heilserum hat auf solche Fälle gar keinen Einfluß, während genügend hohe Dosen Chinin rasche, oft ganz unglaublich rasche Besserung des Zustandes herbeiführen. S. hat Kinder gesehen, wo plötzlich mit heftigem Krampfhusten ein intensiver Pseudocroup eintrat, die Pat. in höchster Lebensgefahr zu schweben schienen; ein Brechmittel (Syr. Ipecac. alle fünf Minuten tee- und eßlöffelweise) beseitigte prompt den Zustand, der sich unter Berücksichtigung oben genannter Erscheinungen als Influenzacroup entpuppte. In anderen Fällen trat die Influenza dem Unkundigen vollständig wie eine Diphtherie entgegen; wer jene differentialdiagostischen Zeichen kennt, vermag diese Fälle sogleich als Influenzadiphtherie zu diagnostizieren und durch kräftige Dosen Chinin rasch zu heilen. Chinin scheint auf die Influenzaerreger direkt tötlich einzuwirken, wenn es möglichst am 1. Tage und in genügender Dosis verabreicht wird. Kindern unter sechs Jahren gibt S. Chinin. tannic., soviel dg, als Pat. Jahre hat, in 2maliger Dosis. Auch Euchinin wirkt prompt. Größere Kinder erhalten Chinin. mur. oder sulfur. ebenfalls in kräftiger Dosis, 2—3mal in halbstündigen Intervallen.

S. legt seinen Beobachtungen großes Gewicht bei. Vielleicht sind viele Fälle von angeblicher Diphtheritis nichts als Influenzafälle. Vielleicht auch beruht die rasche Abnahme der Sterblichkeit an

Digitized by Google

Diphtheritis in der Serumzeit auf der Anwesenheit von Influenzabazillen. Es scheint zwischen Influenza und Diphtheritis ein gewisser Antagonismus zu bestehen, und es existieren in der Literatur auch Beobachtungen, die dafür sprechen, daß der Influenzabazillus andere Migroorganismen töten kann. **Grätzer.**

L. Lazanský (Neu-Strakonitz). Kreosotal bei Krupp.

(Deutsche Medizinal-Ztg. 1902 No. 91.)

L. hat bei echtem Krupp, sowie bei Pseudokrupp, Pertussis und Morbilli mit bestem Erfolg Kreosotal (Heyden) angewandt, meist in folgender Form, z. B. für Kinder von 5—10 Jahren:

Rp. Inf. rad. Ipecac. 0,4:100,0
Liq. Ammon. anis. 1,0—1,5
Creosotal. 3,0—4,5
Syr. Seneg. 15,0.

S. umgeschüttelt! 4 mal $^1/_2$ stündlich, 4 mal stündlich, bis zum Fieberabfall; sodann 2 stündlich je 1 Teelöffel, hernach 3—4 stündlich; solange kein Fieberabfall, die Flasche in 24 Stunden zu verbrauchen.

Ebensoviel wird gegeben bei höherem Fieber, hier aber ordiniert L. lieber:

Rp. Natr. salicyl. 1,0—2,0
Creosotal. 3,0—4,5
Emuls. amygd. dulc. 100,0
Syr. Ipecac. 15,0

Grätzer.

E. Neisser. Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis vom chronischen Rachendiphtheroid.

(Aus dem städt. Krankenhause in Stettin.)
(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 40.)

„Eine Gruppe klinisch und ätiologisch zusammengehöriger Fälle von chronischer Erkrankung der oberen Luftwege“ hat 1900 N. zusammen mit Kahnert beschrieben; Fälle chronischer Heiserkeit, einhergehend mit Atrophie der Rachenschleimhaut und Neigung zur Eintrocknung des produzierten Schleimes, Ausdehnung des Prozesses vom Nasenrachenraum bis in den Kehlkopf, Fehlen jeder tiefgreifenden Veränderung, Remissionen bezw. frigorische Exacerbationen der Krankheitserscheinungen. In allen Fällen Züchtung von Diphtheriebazillen, deren endgültige Beseitigung durch keinerlei Therapie gelang; hoher Antitoxingehalt des Blutes.

Einen hierhin gehörigen Fall hat N. jetzt wieder beobachtet.

Ein 4 monatliches Kind erkrankte an echter Diphtherie, zwei Tage später desgleichen dessen 2 jähriges Schwesterchen. Eine Infektionsquelle läßt sich absolut nicht finden. Das dritte Kind der Familie, ein 7 jähriger Knabe, wird aus dem Hause gegeben, die Wohnung und alles übrige aufs Peinlichste desinfiziert, die Familie verläßt auf 26 Tage das Haus, wo nur das Dienstpersonal zurückbleibt. Das jüngste Kind war bald seinem Leiden erlegen, das zweite bei Serumtherapie rasch gesund geworden. Bereits elf Tage nach der Erkrankung hatte diese Pat. keine Diphtheriebazillen im Halse mehr. Acht Tage nach Rückkehr in die Wohnung erkrankte auch das dritte Kind, das inzwischen zurückgeholt worden war, an Diphtherie. Woher diese Infektion? Die Mutter denkt jetzt an das eine Hausmädchen, das schon immer durch Heiserkeit auffiel. Es erfolgt

Digitized by Google

nunmehr dessen Aufnahme ins Krankenhaus, nachdem noch eruiert worden, daß das andere Hausmädchen, sowie Hausherr und Hausfrau keine Diphtheriebazillen beherbergten.

Das verdächtige Hausmädchen ist 22 Jahre alt. Als es acht Jahre alt war, hatte ihr Bruder Diphtherie. Pat. will schon in ihrer Jugend sehr häufig heiser gewesen sein, ohne sonst viel Beschwerden gehabt zu haben. Später hatte sie dabei Trockenheit im Halse und das Gefühl, als säße etwas hinten im Rachen. Solche Zustände traten im Winter häufiger auf als im Sommer. Sie war als Amme zu dem jüngsten der obigen Kinder in Dienst getreten; seit fünf Wochen war sie wieder heiser, hatte Husten und jene Halsbeschwerden. Hintere Rachenwand sehr stark glänzend, trocken, verdünnt; deutliche Follikelschwellung. Stimmbänder gerötet, verdickt, glanzlos. Auf der hinteren Pharynxwand, im Nasenrachenraum, auf den Stimmbändern schwärzlicher, sehr zäher Schleim. Ein Abstrich davon ergibt typische Diphtheriekulturen. Auch durch das Tierexperiment werden echte, virulente Diphtheriebazillen nachgewiesen.

Trotz 2monatlicher, sehr intensiver örtlicher Behandlung gelingt es nicht, die Bazillen zum Verschwinden zu bringen.

Der Fall entsprach also in jeder Beziehung dem Bilde des oben beschriebenen chronischen Rachendiphtheroides, dessen Gefährlichkeit als Infektionsquelle deutlich hervortritt. Daß diese hier lag, war vollkommen klar, durch alle Umstände durchaus bewiesen. Das 4monatliche Kind, bei dem jede äußere Infektionsquelle auszuschließen war, kam zuerst daran. Pat. war als dessen Amme ins Haus gekommen und hatte es vier Wochen genährt, später noch weiter als Kindermädchen gepflegt, trotzdem sie schon anfing heiser zu werden und zu husten. Die Desinfektion der Wohnung hatte natürlich nichts genutzt, denn das Hausmädchen mit ihren Bazillen im Halse blieb weiter darin und besorgte aushilfsweise nach Rückkehr der Familie den 7jährigen Knaben, der dann fünf Tage später erkrankte. Schließlich erkrankte später noch das Hausmädchen, das mit der Pat. während Abwesenheit der Familie in der Wohnung zurückgeblieben war, an Diphtherie.

Das Blutserum der Pat. war behufs Einleitung einer Toxintherapie auf etwaigen Antitoxingehalt untersucht worden. Pat. beherbergte in ihrem Blute etwa 2000 J.-E. Diphtherieantitoxin. Es bestand also bei der Pat., dieser Trägerin und Überträgerin virulenter Bazillen, ein hoher Grad von Immunität, derart, daß sie gegen die schweren Einwirkungen ihrer Bazillen geschützt war. Als Amme hätte sie auch dem Kinde vermöge ihres großen Antitoxinbesitzes wohl volle Immunität verliehen, hätte sie nicht nach vier Wochen aufgehört zu nähren. Von da bis zur Erkrankung vergingen vier Monate, ein Zeitraum, in dem der etwa bereits vorhandene Schutz verloren ging.

Grätzer.

Fr. Kuno. Verlauf und Ursache einer Hospitaldiphtherie-epidemie.

(Aus dem Dr. Christschen Kinderhospital in Frankfurt a. M.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 43.)

Im Frühjahr 1902 erkrankten hintereinander zahlreiche wegen anderer Krankheiten ins Hospital gekommene Kinder an Diphtherie. Lange blieb man über die Ursache dieser Epidemie im unklaren; trotz sofortiger Isolierung der an Diphtherie erkrankten Kinder, trotz

Digitized by Google

penibelster Desinfektionen dauerte die Epidemie fort. **Zufällig** kam dann der Fall Neisser (s. oben) zur Kenntnis, und es wurde daraufhin sofort das Rachensekret sämtlicher Schulkinder, der Krankenschwestern und Ärzte untersucht. Das Resultat war ein überraschendes. Eine der Krankenschwestern, deren Rachen das Bild eines chronischen Rachenkatarrhs bot, hatte in ihrem Rachenschleim Diphtheriebazillen. Als man den Dienstgang dieser Schwester mit der Zeit des Auftretens der Diphtheriefälle in den einzelnen Sälen verglich, zeigte es sich, daß die ganzen Diphtherierkrankungen mit dem Dienst dieser Schwester gingen. Letztere war also als Trägerin und Verbreiterin der Infektion anzusehen. Mit ihrer Entfernung erlosch die Epidemie.

Wenn scheinbar gesunde Personen auch häufig ohne Schaden für sich und ihre Umgebung virulente Bakterien in ihren Rachensekreten haben können, so beweist doch auch der Verlauf obiger Epidemie, welch unangenehme Folgen für eine disponierte Umgebung ein solcher Träger von Infektionsstoffen haben kann. Es erscheint daher dringend angezeigt, in allen Fällen von mehrfachen Diphtherieerkrankungen nicht nur das Rachensekret der diphtherieverdächtigen Patienten, sondern auch das aller Personen, welche mit den Erkrankten in Berührung gekommen sind, bakteriologisch zu untersuchen.

Grätzer.

J. Schwoner. Über Differenzierung der Diphtheriebazillen von den Pseudodiphtheriebazillen durch Agglutination.

(Aus dem serotherapeut. Institut in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 48.)

Die betreffenden Untersuchungen führten zu folgenden Schlüssen:

1. Ein durch Immunisierung mittels Diphtheriebazillen gewonnenes Serum agglutiniert Diphtheriebazillen in hohen Werten.
2. Dieses Serum agglutiniert in Werten, wie es dem normalen Pferdeserum entspricht, Pseudodiphtheriebazillen und andere Bakterien.
3. Die Agglutination mittels dieses hochwertigen Serums gestattet eine Differenzierung der echten Diphtherie- von den Pseudodiphtheriebazillen.
4. Das durch Immunisierung mit einem Pseudodiphtheriebazillus gewonnene Serum agglutiniert nur den homologen Stamm.
5. Der Pseudodiphtheriebazillus ist kein einheitliches Bakterium.

Grätzer.

Jäger. Die Resultate der Diphtheriebehandlung im Mülhauser Bürgerspital vor und nach der Anwendung des Behringschen Heilserums.

(Deutsches Archiv für klin. Medizin Bd. 73.)

Die Mortalität sämtlicher Diphtheritis- und Kruppfälle betrug in den letzten Jahren der Vorserumperiode 52—55% und fiel

Digitized by Google

unter der Serum-Behandlung auf 15—20 %; von den tracheotomierten Kruppfällen, wovon in der Vorserumperiode 67—71 % starben, gingen in den letzten Jahren noch 29—37 % zu grunde. Jäger hat auch die Ansicht, daß die postdiphtherischen Lähmungen seit der Anwendung des Heilserums an Zahl abgenommen haben. Die Abnahme des Fiebers war schon 24 Stunden nach der ersten Seruminjektion bemerkbar und gewöhnlich war die Temperatur nach 48 Stunden wieder normal. J. hat die Überzeugung, daß jede Diphtheritis in Heilung übergeht, wenn sie gleich bei ihrem Beginn mit dem Heilserum in genügender Dosis behandelt wird.

Hugo Stark (Heidelberg.)

M. Mirinescu. Die Serotherapie der Diphtherie.

(Spitalul [rumänisch] 1902 No. 8.)

In der Krankenhausabteilung des Verf., mit einer jährlichen Frequenz von über 600 Diphtheriefällen, war die Mortalität in den Jahren vor Einführung des Serums 42—45 % und ist jetzt auf 14 % gesunken.

E. Toff (Braila.)

A. Wassermann. Über eine neue Art von Diphtherieserum.

(Aus dem Institut für Infektionskrankheiten in Berlin.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 44.)

Es gibt zwei Gruppen von Immunseris; die von Behring, Ehrlich, Roux zuerst näher studierten antitoxischen, und die von Metschnikoff, Pfeiffer und W. selbst davon unterschiedenen bakteriziden. Erstere wirken ausschließlich auf die vom Bakterienleib abgeschiedenen spezifischen Gifte, während letztere ihre Wirkung ausschließlich auf die dem Bakterienleib angehörenden Stoffe entfalten. Der Typus eines rein antitoxischen Serums ist das Behringsche Diphtherieserum, das nur das spezifische Diphtheriegift bindet und neutralisiert, die Diphtheriebazillen selbst indessen nicht beeinflußt. Im Gegensatze hierzu wirken die bakteriziden Sera nur auf die Bakterien selbst oder auf gewisse Stoffe, welche einen Teil des Bakterienleibes bilden, nicht auf die Bakteriengifte. Diese Wirkung der bakteriziden Sera auf die Bakterien äußert sich nun in dreierlei Weise. Erstens durch die Abtötung und Auflösung der Bakterien, indem der im bakterіciden Serum enthaltene spezifische Immunkörper die verdauenden Fermente der normalen Körpersäfte, die Komplemente auf die betreffende Bakterienart konzentriert und so zur Verdauung bringt. Zweitens durch das Phänomen der Agglutination, indem in allen bisher bekannten bakteriziden Seris spezifische Stoffe enthalten sind, welche sich mit dem Bakterienleibe binden und im Verfolge damit eine makroskopisch sichtbare Zusammenballung der Mikroorganismen in einer bis dahin homogen diffusen Bakteriensuspension erzeugen. Drittens durch das Phänomen der Präzipitation, indem im bakteriziden Immunserum Stoffe vorhanden sind, welche mit gewissen aus den zerfallenen Bakterienleibern ausgelaugten Stoffen sich chemisch binden und diese zur Koagulation, zur Fällung bringen.

Digitized by Google

W. wollte nun auch für Diphtheriebazillen ein Serum erzielen, das nicht rein antitoxisch, sondern auf die Leibessubstanzen der Diphtheriebazillen selbst wirke. Diphtheriebazillenleiber wurden 24 Stunden bei 60° getrocknet und abgetötet, dann im Exsikkator scharf getrocknet, fein zerrieben, dann dies Pulver mit Äthylen-Diaminlösung extrahiert. Die so erhaltene klare gelbliche Lösung enthält reichlich aus den Bazillenleibern extrahierte Substanzen. Wenn man davon 1—2 ccm Tieren injiziert, so gehen sie akut an Diphtherievergiftung zugrunde, indem neben den Leibessubstanzen der Diphtheriebazillen auch das in diesen noch vorhanden gewesene, noch nicht von den Leibern abgeschiedene Diphtherietoxin in die Äthyldiaminlösung übergegangen war. Um demnach Tieren rasch größere Mengen dieser Leibessubstanzen beibringen und so ein auf diese stark wirkendes Serum erzielen zu können, war es nötig, vorher das Diphtherietoxin zu neutralisieren. Dies gelingt durch Versetzung jener Lösung mit einer genügenden Menge Diphtherieantitoxin. Nunmehr erhielten Kaninchen intravenöse Injektionen von 2—3 ccm der so gewonnenen Flüssigkeit, worauf sie mit beträchtlicher Verminderung des Körpergewichtes reagierten. Setzt man das Serum der so vorbehandelten Tiere zu einem klaren Auszuge der Diphtheriebazillenleiber zu ungefähr gleichen Teilen zu, so entsteht eine Trübung, ein flockiger Niederschlag; vermischt man das bisherige Diphtherieserum ebenso mit jener Lösung der Diphtheriebazillenleiber, so tritt keinerlei Wirkung ein. Es handelt sich also tatsächlich um ein von dem antitoxischen Diphtherieserum verschiedenes, präzipitierendes Serum, das also auf die Körpersubstanzen der Diphtheriebazillen selbst eine spezifische Wirkung ausübt.

Dieses Serum böte eine weitere Möglichkeit, die Differenzierung der echten und der Pseudodiphtheriebazillen mit Hilfe der Agglutination und Präzipitation zu bearbeiten. Auch wäre es nicht ausgeschlossen, daß dasselbe vielleicht auch therapeutischen Wert erlangte. Wenn auch das Krankheitsbild der Diphtherie von dem spezifischen Diphtheriegift beherrscht, daher von dem bisherigen Diphtherieserum so günstig beeinflußt wird, so könnte doch das neue Serum auf gewisse Substanzen der Diphtheriebazillen, die gewiß auch nicht bedeutungslos sind, einwirken; man könnte z. B. vielleicht durch Kombination des bisherigen Antitoxins mit einem auf die Bakterien selbst wirkenden Serum die bei Rekonvaleszenten und Gesunden oft sehr lange im Rachen befindlichen Diphtheriebazillen, auf deren epidemiologische Wichtigkeit jüngst wieder Neisser hinwies, rascher zum Verschwinden bringen.

Grätzer.

E. G. Little. Ein Fall von Diphtherie-Exanthem.

(The Brit. Journ. of Derm. Bd. 14 August 1902.)

Am 28. März 1902 wurde ein vier Monate altes, gut genährtes Kind mit einer kompleten, rechtsseitigen Facialislähmung hochgradig fiebernd ins East London-Kinderhospital gebracht. Die Untersuchung des spärlichen Nasensekretes ergab keine Diphtheriebazillen. In der

Digitized by Google

Mundhöhle fanden sich keine Diphtheriemembranen. Einige Stunden nach der Aufnahme des Kindes zeigte dasselbe am Rumpf, hinter den Ohren, später am Halse, auf der Kopfhaut, an den Beinen und Füßen einen Ausschlag, der im Beginn einen kleinpapulösen, am folgenden Tage einen vesiko-pustulösen Charakter aufwies. Eine erneute Untersuchung des Nasensekretes lieferte jetzt nahezu eine Reinkultur von Diphtheriebazillen. Es handelte sich somit um einen septischen Ausschlag. Trotz der Behandlung mit Antitoxininjektion, lokalen Waschungen und Tonicis erfolgte nach zwei Tagen der Exitus letalis.

Die Autopsie bestätigte die Diagnose. Die vorgefundenen Diphtheriebazillen zeigten die klein-diplo-bazilläre, nach Neissers Methode gut färbbare Form.

C. Berliner (Aachen.)

K. Leiner. Über die sogenannten skarlatiniformen Serumexantheme bei Diphtherie.

(Aus dem Karolinen-Kinderhospital in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 43.)

Die Diagnose der verschiedenen Arten der Serumexantheme ist im allgemeinen leicht zu stellen mit Ausnahme der sogenannten skarlatiniformen, die in differential-diagnostischer Beziehung große Schwierigkeiten bieten. Ihre Unterscheidung vom echten Scharlach ist fast in allen Fällen schwierig, oft unmöglich. Es wurden alle möglichen differential-diagnostischen Merkmale angeführt, ohne daß durch sie die Diagnose wirklich irgendwie gesichert wurde.

Nach L.s klinischen Beobachtungen gebührt den skarlatiniformen Serumexanthemen keineswegs die Ausnahmestellung, die sie bisher eingenommen haben. Während wir von sämtlichen Serumexanthemen — die skarlatiniformen ausgenommen — wissen, daß sie am häufigsten am Ende der 1. oder 2. Woche auftreten, daß sie flüchtiger Natur sind, oft ohne Fieber oder nur mit geringer Temperatursteigerung ohne Störung des Allgemeinbefindens verlaufen, wurde bei den scharlachähnlichen ziemlich übereinstimmend beobachtet, daß sie größtenteils vom 2.—4. Tage nach der Injektion auftreten, daß sie oft mit hohen Temperatursteigerungen, mit Störung des Allgemeinbefindens einhergehen und oftmals von Schuppung gefolgt sind.

L. berichtet nun über eine Reihe von skarlatiniformen Serumexanthemen, die sich sämtlich als echter Scharlach erwiesen.. Von Januar bis April 1901 wurden 46 Diphtheriekranke aufgenommen; 14 davon bekamen sogenannte skarlatiniforme Exantheme. Man wurde in der Diagnose „Erythem“ noch dadurch bestärkt, daß diese Exantheme beinahe alle nur nach der Injektion von zwei bestimmten Serien Diphtherie-Antitoxins auftraten, und daß andererseits nach Injektion des Antitoxins der gleichen Serie auch Urtikariaerytheme zur Beobachtung kamen. Bei sämtlichen Fällen trat das Exanthema scarlatiniforme zwischen 2. und 5. Tag auf. Die Kinder wurden nach 14 Tagen entlassen, ihr weiteres Schicksal blieb unbekannt. Die Annahme von der Existenz eines scharlachähnlichen Serum-

Digitized by Google

exanthems wurde erst erschüttert, als zwei mit skarlatiniformem Erythem im Spital beobachtete Fälle 8 Tage nach der Entlassung mit hämorrhagischer Nephritis und lamellöser Schuppung zurückgebracht wurden; da wurde es klar, daß man es in diesen zwei Fällen sicher, in den übrigen mit großer Wahrscheinlichkeit mit echtem Scharlach zu tun hatte. Hierfür sprach, abgesehen von dem epidemischen Auftreten der sogenannten Erytheme auch noch der Umstand, daß nach Reinigung des Pavillons mit Formalinspray diese Exantheme aufhörten.

Bis zu Ende des Jahres 1901 wurden noch 143 Diphtheriekranke aufgenommen; nur bei zwei davon entwickelte sich jenes Erythem, das sich bei längerer Beobachtung als Scharlach erwies. 1902 bis Juni war dies von 108 aufgenommenen Diphtheriefällen 6 mal der Fall.

Zusammengefaßt zeigten L.s Beobachtungen:

1. Die sogenannten skarlatiniformen Erytheme treten in den ersten 5 Tagen nach der Injektion auf, was in einem gewissen Widerspruch mit dem Verhalten der andersartigen universellen Serumexantheme steht.

2. Die beobachteten Exantheme waren von typischer lamellöser Schuppung gefolgt.

3. Nach Ablauf des Exanthems wurde wiederholt Glomerulo-Nephritis beobachtet.

4. Das Exanthem erwies sich als kontagiös anderen Kindern desselben Zimmers gegenüber.

5. Das Kontagium hatte eine hohe Tenazität, denn Sperrung und Formalindesinfektion (welche leider nicht sorgfältig genug ausgeführt war) konnte nicht immer eine neuerliche Infektion verhüten.

6. Exanthem und Schuppung nahmen häufig von der Injektionsstelle ihren Ausgang, was an das Verhalten beim Wundscharlach erinnert.

7. Die Transferierung der Kinder auf das Scharlachzimmer, der sechswöchentliche Aufenthalt daselbst hatte niemals eine Scharlachinfektion zufolge.

8. Bei einem der Kinder trat ausser dem Scharlachexanthem noch am 11. Tage nach der Injektion eine typische Serum-Urtikaria auf.

Diese Erfahrungen lassen nur den Schluß zu: In obigen Fällen von skarlatiniformen Serumexanthemen handelte es sich zweifellos um echten Scharlach. Wir werden in Zukunft beim Auftreten von sogenannten skarlatiniformen Exanthemen nach Seruminjektion Isolierung des Kranken und Desinfektion des Krankenzimmers fordern müssen.

Grätzer.

E. v. Leyden. Die Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum.

(Deutsches Archiv f. klin. Medizin Bd. 73.)

v. L. gibt eine kurze Übersicht über die an der ersten medizinischen Klinik in Berlin bisher erzielten Erfolge mittels der Serumtherapie bei Scharlachkranken.


Digitized by Google

Das Serum entstammte dem Blute von Scharlachrekonvaleszenten. Die den Kranken injizierte Dosis betrug 10—20 cbcm; in der Regel wurde nur eine, einmal zwei Injektionen gemacht. Im ganzen wurden seit 1896 16 Fälle von Scharlach mit dem Serum behandelt. Über die 13 ersten haben bereits Huber und Blumenthal 1897 berichtet. Der Erfolg war in drei Fällen ein „augenscheinlich günstiger“. Der Abfall der Temperatur stellte sich früher ein als unter gewöhnlichen Verhältnissen. Auch in den übrigen zehn Fällen begann der lytische Temperaturabfall nie später als am 6. Tage, vollständige Entfieberung war nur einmal am 10. Tage, in den übrigen Fällen früher (bis zum 5. Tage) zu konstatieren. Sonach würde es sich um eine auffällige Abkürzung der Krankheit handeln. Das Exanthem schritt nach der Injektion noch in sechs Fällen etwas fort. Ernste Nachkrankheiten wurden nie beobachtet. In den drei jüngst behandelten Fällen war das Resultat durchweg günstig. — Soweit L.s Versuche. Ein abschließendes Urteil über den Wert der Serumbehandlung Scharlachkranker läßt sich heute noch nicht fällen. Die Serumbehandlung ist nach den bisherigen Versuchen vollständig unbedenklich. Wichtig scheint es zu sein, daß die Injektionen möglichst frühzeitig vorgenommen werden, ebenso wie bei der Diphtherie.

Eine genaue Dosierung des Serums ist zur Zeit noch nicht möglich, da der Grad der Immunität eines Kranken noch nicht bestimmt werden kann. L. warnt übrigens vor allzugroßer Zaghaftigkeit in der Dosis des Serums. Hugo Starck (Heidelberg).

C. K. Millard. Die Ätiologie der Scharlachrückfälle.

(The Brit med. Journ. 16. August 1902.)

Nach den Untersuchungen von Niven, Simpson, Boobbyer soll die Ursache der Scharlachrückfälle in dem Umstande zu suchen sein, daß die Patienten häufig noch mit Erscheinungen in der Nase, im Rachen und Ohr als scheinbar geheilt aus dem Hospital entlassen und zur Infektionsquelle nach Hause geschickt werden. In den Sekreten der Nase und des Ohres hat man Streptokokken gefunden, welche als Urheber des Scharlachs angesehen worden sind. Die Mehrzahl der Patienten sind im Hospital behandelt, wo Rekonvaleszenten mit akuten Fällen zusammengelegt werden. Die strenge Isolierung der letzteren von den ersteren im Hospital wird verlangt, wenn man in Zukunft die Scharlachrückfälle vermeiden will.

C. Berliner (Aachen).

August Székeli (Budapest). Beitrag zur Kenntnis der Scharlachinfektion.

(Orvosi Hetilap No. 39 1902.)

In einem mitgeteilten Falle bekam das Kind dadurch die Scharlachinfektion, daß es mit einer Zinksalbe eingeschmiert wurde, welche die abschuppenden Hautpartikel eines Scharlachkranken enthielt, wobei

Digitized by Google

an der Haut des infizierten Kindes wahrscheinlich kleine Läsionen waren. Die Infektion war eine sehr milde, was aller Wahrscheinlichkeit nach daraus zu erklären war, daß sich die Wirkung des Infektionsvirus in der Salbe verminderte. Verf. wirft die Frage auf, ob der Infektionsstoff, dessen Virulenzfähigkeit durch eine zeitlang währenden Aufenthalt in der Zinksalbe abgeschwächt ist, vielleicht zu Schutzimpfungen benutzt werden könnte durch Einreiben auf ein klein wenig lädierte Hautteile. Diese Schutzimpfung wäre mit der Vakkination analog, denn auch hier wird das abgeschwächte Virus der Krankheit durch kleine Hautläsion in den Organismus gebracht.

J. Hönig (Budapest).

Reckzeh. Das Verhalten des Blutes bei Masern und Scharlach im Kindesalter.

(Aus dem Zentral-Diakonissenhaus Bethanien in Berlin.)

(Zeitschr. f. klin. Medizin Bd. 45 Heft 1—4)

Eine Reihe methodischer Blutuntersuchungen bei je 60 Fällen von Masern und Scharlach zeitigte insofern schon interessante Resultate, als sich aus dem Verhalten der eosinophilen Zellen wichtige Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose von Scharlach und Masern ergaben.

Während sich bei Masern eine Verminderung der eosinophilen Zellen fand und höchstens lange nach der Entfieberung normale oder hochnormale Werte auftraten, war beim Scharlach stets Eosinophilie zu beobachten.

Ein weiterer fundamentaler Unterschied zwischen beiden Erkrankungen liegt in der Gesamtleukozytenzahl: während bei Masern Hypoleukozytose auftritt, zeigt sich bei Scharlach eine deutliche Hyperleukozytose. Allerdings kann bei Masern in dieser Hinsicht das charakteristische Bild dadurch getrübt werden, daß hier bei Komplikationen, namentlich auf der Höhe derselben, speziell bei solchen der Respirationsorgane, eine Leukozytose auftritt. Komplikationen der Masern von seiten des Drüsensystems finden hämatologisch ihren Ausdruck in einer Lymphozytose oder wenigtens in einer Erhöhung der Lymphozytenzahlen.

Während die Beobachtungen an den roten Blutzellen bei den Masern wenig Anomalien, wenigstens nichts für die Masern Charakteristisches ergaben, war der Einfluß des Scharlachgiftes auf jene ein erheblicherer im Sinne einer geringen Anämie. Eschle (Sinsheim).

Giarré und **Picchi.** Bakteriologische Untersuchungen bei einigen Komplikationen der Masern.

(Lo Sperimentele No. 4 1904.)

Verff. hatten bereits im Mai 1900 einen von ihnen bei Masern gefundenen Bazillus beschrieben, der sich durch seine Züchtbarkeit auf hämoglobinhaltigen Nährböden auszeichnete.

Sie haben diese Versuche fortgesetzt und geben in vorliegender

Digitized by Google

Arbeit die Resultate, die sie mit der Züchtung auf ihren nach eigener Methode hergestellten hämoglobinhaltigen Agarböden bei einem Material von 17 an verschiedenen Komplikationen der Masern verstorbenen Individuen erzielten. Die Untersuchung des Bronchialschleims fiel 7 mal positiv, einmal negativ aus, zweimalige Unt ersuchung von Pulmonalsaft jedesmal positiv, viermalige Untersuchung des Herzblutes ergab drei negative und ein positives Resultat, fünf Impfungen mit Pleurainhalt fielen alle positiv aus, eine Impfung mit dem Eiter eines Lungenabszesses gleichfalls positiv u. s. w. Der von den Autoren beschriebene Bazillus soll seinen morphologischen, kulturellen und biologischen Eigenschaften nach große Ahnlichkeit mit dem von Pfeiffer als Erreger der Influenza beschriebenen Bazillus zeigen. F.

M. Brückner. Zur Pathologie der Masern.

(Jahrbuch f. Kinderhlkd. Bd. 56 Heft 5.)

Zwei Fälle von Transversalmyelitis im Verlaufe von Masern mit Besprechung der einschlägigen Literatur. Hecker (München).

H. v. Ranke. Ein weiterer Beitrag zur Behandlung des nomatösen Brandes durch Exzision des erkrankten Gewebes.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 43.)

Vor 2 Jahren teilte Verf. drei Fälle von Noma faciei mit, welche in unmittelbarer Aufeinanderfolge, durch Exzision des brandigen Gewebes mit nachfolgender Verschorfung durch den Thermokauter geheilt wurden.

Erst jetzt bekam er wieder einen Fall von Noma in Behandlung, ein 3 jähriges schlecht genährtes Mädchen, das am 4. Tage nach Ausbruch der Masern an Noma der Genitalien und des Afters, sowie der beiden Schenkelbeugen erkrankte. Die Affektion griff sogleich rapid um sich und hatte schon erschreckende Fortschritte gemacht, als v. R. den Fall sah. Er exzidierte sofort alles Erkrankte, worauf der Verlauf sich überraschend günstig gestaltete. An keiner Stelle zeigte sich weiterhin noch brandiger Zerfall, der Zerstörungsprozeß war wie mit einem Zauberschlage an all den verschiedenen Stellen zum Stillstand gebracht, und die Heilung vollzog sich unter antiseptischer Behandlung, täglichen Bädern und kräftiger Ernährung ohne jeden Zwischenfall, trotz der großen ausgeschnittenen Flächen, auch ohne wesentliche Verunstaltung. Grätzer.

R. W. Innes Smith. Gonorhoische Synovitis bei einem Kinde.

(The Brit. med. Journ. 7. Juni 1902.)

Ein mit gonorrhoischer Ophthalmie geborenes Kind bekam 15 Tage nach der Geburt eine Schwellung des rechten Kniegelenkes, die Verf. als durch die Blennorrhöe hervorgerufen ansieht. Fälle von blenorrhoischem Rheumatismus bei Kindern sind naturgemäß sehr selten. Vater und Mutter des Kindes hatten, wie die Anamnese ergab, an Blennorrhöe gelitten. C. Berliner (Aachen).

Digitized by Google

Fischer. Über Urethritis gonorrhoica bei Kindern männlichen Geschlechts.

(Aus der Klinik für Dermatologie und Syphilis in Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 46.)

Zwei neue Beobachtungen dieser bei Knaben nicht häufigen Affektion.

Fall 1 betrifft einen 9jährigen Knaben, der, vor drei Wochen an Gonorrhoe erkrankt, bisher aber von einem Kurpfuscher behandelt, mit heftigen Erscheinungen in die Klinik eintrat: Präputialsack z. B. erfüllt mit dickflüssigen, gelben Eitermengen. Rechte Hälfte des Skrotums stark geschwollen, auf Druck sehr schmerzhaft; Hoden und Nebenhoden nicht voneinander differenzierbar. Im Urethralsekret zahlreiche Kokkenhaufen. Bei der Zweigläserprobe Urin in beiden Gläsern diffus getrübt. Unter Behandlung mit Bettruhe, Hochlagerung des Hodensackes, kalten Umschlägen, häufigen Ausspülungen des Präputialsackes mit essigsaurer Tonerde und entsprechender Diät gingen die Erscheinungen nach $5^1/_2$ Wochen soweit zurück, daß ambulante Behandlung möglich wurde, doch blieb schleimige Sekretabsonderung noch wochenlang zurück. Auf innerliche Darreichung von Salol in öfteren täglichen kleinen Dosen schwanden die Kokken allmählich. Erst nach 4monatlicher Behandlung ergab die Zweigläserprobe völlig klaren Urin. In ätiologischer Beziehung war absolut nichts zu eruieren gewesen; die Untersuchung der Mutter des Pat. und dessen drei Schwestern fiel negativ aus.

Fall 2 betraf die akute gonorrhoische Urethritis eines 11jährigen Knaben, der sich bei einer Prostituierten infiziert hatte. Der am 8. Tage ins Krankenhaus aufgenommene Pat. zeigte stürmische Erscheinungen (blutige Beimengungen im Sekret, Harnzwang, Harnverhaltung), doch heilte das Leiden ohne Komplikation in vier Wochen aus.

Bisher waren 69 Fälle von Gonorrhoe bei Knaben beobachtet worden; 70% derselben betrafen Knaben in den ersten sechs Lebensjahren. Der Übertragungsmodus war 40mal zu eruieren, und zwar beruhte derselbe:

1. Auf Ansteckung durch Kohabitationsversuche . . . . 12 mal
2. Auf Übertragung durch Zusammenschlafen oder näheren (nicht geschlechtlichen) Verkehr mit gonorrhoisch erkrankten Knaben, Mädchen oder männlichen Erwachsenen . . . . 11 „
3. Auf zufälliger Übertragung durch weibliches Pflege- oder Wartepersonal 9 „
4. Auf mittelbarer Übertragung durch Wäscheartikel u. dergl. . . . . 6 „
5. Auf Infektion durch Sittlichkeitsdelikte . . . . 2 „

Von Komplikationen waren zu verzeichnen:

Balanitis und Balanoposthitis	9 mal
Lymphangoitis	4 „
Lymphadenitis	3 „
Cystitis (2 Fälle mit schwerer Hämaturie) . .	5 „
Epididymitis, einseitig	7 „
„ beiderseitig	5 „
Incontinentia urinae, Enuresis	6 „
Gonitis	1 „
Arthritis universalis	1 „
Strikturen	4 „

Die Gonorrhoe verlief im allgemeinen wie bei Erwachsenen; besondere Erwähnung verdienen folgende Punkte:

1. Sehr häufig ist bei Knaben die Gonorrhoe eingeleitet von einer Balanitis, bezw. Balanoposthitis, besonders bei engem und langem Präputium.

2. In 50% der Fälle ist auch die Pars posterior von der Erkrankung betroffen gewesen.

Digitized by Google

3. Schmerzhafte Erektionen sind in keinem der obigen Fälle erwähnt, auch Prostatitis ist niemals beobachtet worden.

4. Enuresis nocturna, überhaupt Incontinentia urinae wurde häufig beobachtet.

5. Sehr selten scheint bei Knaben im Anschluß an Gonorrhöe Gelenkrheumatismus aufzutreten.

6. Strikturen im Gefolge der gonorrhöischen Erkrankung sind bei Knaben durchaus nicht selten. Im Berichtsfall von Abbé hatten sich bei dem 3jährigen Knaben bereits nach sechs Monaten impermeable Strikturen in der Pars anterior und posterior entwickelt, die einen operativen Eingriff nötig machten.

7. Meist pflegt bei Knaben die Gonorhoe mit viel stürmischeren Erscheinungen einzusetzen als beim Erwachsenen und sehr rasch auch auf die Pars posterior urethrae überzugehen. Grätzer.

F. Schanz. Die Augenentzündung der Neugeborenen und der Gonococcus.

(Vortrag, gehalten auf der Naturforscherversammlung zu Karlsbad 1902.)

Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges 1902 Bd. 6 No. 2.)

Sch. faßt die Ergebnisse der neueren Untersuchungen über das Vorkommen der Gonokokken bei der Ophthalmoblennorhoe in den zwei Sätzen zusammen:

1. Es gibt Augenentzündungen der Neugeborenen, welche unter dem Bilde der vollkommen typischen Blennorhoe verlaufen und bei denen trotz sorgfältigster Untersuchung der Gonococcus nie gefunden wird.

2. Außer dem Gonococcus soll noch eine ganze Reihe anderer Mikroorganismen imstande sein, das typische Bild der Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen zu erzeugen.

Dagegen ist bei der akuten Blennorrhoe der Sexualorgane der Beweis der alleinigen Pathogenität des Gonococcus erbracht. Dieser Widerspruch muß zu einer erneuten Prüfung der Frage über die Ätiologie der Augenentzündung Neugeborener auffordern. Sch. ist nun der Ansicht, daß die bisher als Pseudogonokokken bezeichneten Mikroorganismen nur künstlich von den Gonokokken getrennt wurden, und daß sie nichts anderes sind, als sehr widerstandsfähige Gonokokken. Sie unterscheiden sich von den Gonokokken dadurch, daß sie auch auf Löfflerschem Serum angehen, und daß sie längere Lebensdauer und größere Resistenz gegenüber Temperaturunterschieden besitzen. Im übrigen gleichen sie den typischen Gonokokken vollkommen. Nun weiß man aber, daß zahlreiche Bakterien innerhalb gewisser Grenzen variieren und speziell weiß man von den Gonokokken, daß sie, längere Zeit auf den sogenannten Gonokokkennährböden gezüchtet, schließlich auch auf gewöhnlichen Nährböden wachsen. Es könnte nur sehr leicht möglich sein, daß hie und da besonders widerstandsfähige Individuen gleich von vornherein auf solchen Nährböden angehen. Die Angaben Sch.s werden bestätigt durch Untersuchungen von

Digitized by Google

Morax, Urbahn und Wildholz. Jedenfalls ist die Ätiologie der Ophthalmoblennorrhoe noch nicht geklärt, und es bedarf in dieser Beziehung noch weiterer Forschungen. E. Enslin (München).

Graham Little. Ein Fall von kongenitaler Syphilis mit seltenen Manifestationen.

(Londoner dermat. Gesellschaft, Sitzung vom 9. Juli 1902.)

(The Brit. Journ. of Derm. Bd. 14, August 1902.)

Ein 7 Monate altes Kind zeigte außer gewöhnlichen, syphilitischen Papeln an verschiedenen Stellen des Körpers, an der Vorderfläche des rechten Oberschenkels drei vollständig ausgebildete, rote schwachschuppige Ringe, die lebhaft an Herpes tonsurans erinnerten, jedoch mikroskopisch keine Trichophytonpilze aufzuweisen hatten. Zwei, wie Kettenringe ineinanderlaufende Ringe befanden sich an der Vorderfläche des linken Oberschenkels. Die Erscheinungen sind erst vor einer Woche aufgetreten.

Der Vater des Kindes hatte vor 4 Jahren Syphilis acquiriert, kurze Zeit später seine Frau angesteckt. Das erste vor der Infektion geborene Kind lebt und ist gesund. Die nach der Infektion geborenen, voll ausgetragenen Kinder starben, und zwar: das erste 5 Tage, das zweite 2 Wochen, das dritte 5 Wochen nach der Geburt. Das vierte, der vorliegende Fall, ist nunmehr 7 Monate am Leben. (Die Möglichkeit, daß es sich bei diesem Kinde um acquirierte, und nicht kongenitale, Lues gehandelt hat, ist nicht ausgeschlossen. Ref.)

C. Berliner (Aachen).

R. Hecker (München). Die Erkennung der fötalen Syphilis.

(Aus dem Kinderspital München-Nord.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 45/46.)

Die Erkennung einer spezifischen Erkrankung des Fötus als Ursache des Abortes ist für den Praktiker sehr wichtig, einmal zur Heilung der Erzeuger, dann aber zur Erzielung späterer gesunder Kinder und Herabsetzung der Totgeburten. Nun ist aber die Entscheidung, ob ein Fötus luetisch ist oder nicht, unter Umständen recht schwierig. Die grob anatomischen Veränderungen, wie wir sie von der Pathologie der Syphilis hereditaria des Neugeborenen und Säuglings her kennen, fehlen oft genug, das einzige, was wir bei der Sektion finden, ist eine macerierte Frucht, deren sanguinolenter Zustand allein eine bestimmte Diagnose nicht zulässig erscheinen läßt. Oft kann nur das Mikroskop die Entscheidung bringen. Die Histopathologie der Heredosyphilis hat durch H. selbst eine wesentliche Förderung erfahren, der als erster eine methodische Heranziehnng von normalem Vergleichsmaterial und die mikroskopische Untersuchung auch zweifelhafter und macerierter Föten in größerem Maßstabe in Angriff nahm. H. verfügt jetzt über ein sehr ansehnliches Material von histologisch bearbeiteten Föten und kann eine Reihe von Kriterien aufstellen, die für die Diagnose der fötalen Syphilis in zweifelhaften Fällen von Wert sind.

Digitized by Google

Es hat sich z. B. herausgestellt, daß gewisse Organe dem Macerationsprozeß besonders lange zu widerstehen vermögen und deshalb trotz relativ vorgeschrittener allgemeiner Fäulnis dankbare Objekte zur mikroskopischen Bearbeitung darstellen. Am frühesten unterliegt die Leber, am spätesten die Niere der Einwirkung der Fäulnis; es erweist sich also bei macerierten Früchten die Niere als das geeignetste Objekt zur histologischen Untersuchung. Nun ist auch die Beteiligung der Niere an den Veränderungen der fötalen Syphilis eine sehr regelmäßige; Lunge und Leber liefern recht spärlich positive Ergebnisse, während wiederum Milz und Thymus häufig krankhaft verändert erscheinen.

H. hat es sich jetzt zur Aufgabe gestellt, die zur Diagnose der fötalen Syphilis gegebenen Anhaltspunkte übersichtlich zusammenzufassen. Er führt zunächst die Zeichen an, die sich bei der makroskopische Untersuchung darbieten, und zwar sichere, wahrscheinliche und unsichere Zeichen. Aber über die Hälfte der syphilitischen Föten konnte bei der Sektion noch nicht mit Bestimmtheit als solche erkannt werden, erst die mikroskopische Untersuchung brachte Gewißheit. Es waren dies Fälle, bei denen sich entweder keines der Zeichen oder nur „unsichere" oder nur eines der „wahrscheinlichen" Symptome vorfanden. Hier ist genaue Kenntnis der histologischen Veränderungen durchaus notwendig, namentlich in Betreff des wertvollsten Objektes zur Aufklärung zweifelhafter Fälle: der Niere. Verf. erörtert eingehend diese pathologischen Zeichen nicht allein an der Niere, sondern auch an Milz, Thymus, Pankreas, Lunge, Leber, und gibt uns so wertvolle Handhaben, um fötale Syphilis zu erkennen. Zuerst wird ja stets die Untersuchung der Niere in Betracht kommen, und erst bei negativem Ergebnis diejenige der übrigen Organe in der angegebenen Folge. Erst das Fehlen aller pathologischen Erscheinungen in den untersuchten — nicht macerierten — Präparaten erlaubt uns, das Vorhandensein von kongenitaler Lues mit fast völliger Sicherheit auszuschließen. Grätzer.

---

v. Rad. Tabes dorsalis bei jugendlichen Individuen.

(Festschrift zur Feier des 50 jährigen Bestehens des ärztlichen Vereins Nürnberg 1902.)

Verf. bringt folgende zwei Beobachtungen von infantiler Tabes:

1. 10 jähriges Mädchen. Lues des Vaters negiert, doch habe er wiederholt Geschwüre am Mund gehabt. Mutter hat 3 mal im 4. Monat abortiert, vier Geschwister jung an Konvulsionen gestorben, 1 Schwester gesund. Pat. selbst litt an Konvulsionen. Objektiv: Rhagaden am Mundwinkel, Drüsenschwellung, Pupillenstarre, Miosis, Lichtstarre, Atrophia nervi optici, Westphalsches Zeichen, Biernackisches Symptom. Hypalgesie, Romberg, Ataxie. Keine Blasenstörungen.

2) 7 jähriger Knabe. Mutter litt an Lues cerebri und hatte 2 mal abortiert. Vater akquirierte Lues und infizierte seine Frau während der Gravidität mit dem Patienten. Mit 6 Jahren hatte er luetische Veränderungen im Pharynx. Objektiv: Strahlige Narben im Rachen.

Digitized by Google

Pupillendifferenz, träge Lichtreaktion, Westphal +, Romberg angedeutet. Hypästhetische Zone am Thorax. Biernacki +. Blasenstörungen. —

Im Anschluß an diese Fälle bespricht Verf. die Differentialdiagnose zwischen Lues spinalis, Friedreichscher Krankheit und Tabes, entscheidet sich in seinen Fällen für letztere Diagnose und wendet sich schließlich der Ätiologie der Tabes infantilis zu:

Bei 12 vom Verf. zusammengestellten Fällen war 8 mal sichere Lues eines oder beider Eltern und 1 mal Infektion nach der Geburt nachweisbar. In den übrigen drei Fällen (darunter Fall 1 des Verf.) muß hereditäre Syphilis als sehr wahrscheinlich angenommen werden. Tabes, Paralyse und Lues cerebri bei den Eltern fand sich in sechs Fällen.

Verf. meint, daß bei der infantilen oder juvenilen Tabes so gut wie immer ein Zusammenhang mit Syphilis der Eltern nachzuweisen, und daß in der Lues zweifellos die Hauptursache der Tabes bei Kindern zu sehen ist.

Kurt Mendel (Berlin).

Idelsohn. Ein Beitrag zur Frage über „infantile Tabes“.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenh. Bd. 21 No. 3 und 4.)

6 jähriges Mädchen, dessen Eltern luetisch waren. Pupillendifferenz, Lichtstarre, Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe, Hypalgesie an den unteren Extremitäten. Zeichen der Lues hereditaria fehlen.

Die Literatur verfügt gegenwärtig über sieben sichere Fälle von infantiler Tabes (im Alter von 5—16 Jahren), darunter vier Knaben und drei Mädchen. 6 mal war Lues des Vaters oder der Eltern konstatiert, im 7. Falle war sie sehr wahrscheinlich. In vier Fällen bestand das Argyll-Robertsonsche Phänomen, in sechs Hypalgesie an den Beinen und Blasenstörungen, in sämtlichen das Westphalsche Zeichen. Ataxie war nur in einem Falle nachweisbar, ebenso das Rombergsche Phänomen. In zwei Fällen konnte Tabes des Vaters, einmal Paralyse angenommen werden.

Das wichtigste ätiologische Moment der Tabes infantilis ist die hereditäre Lues.

Kurt Mendel (Berlin).

O. Maas. Über einige Fälle von Tabes im jugendlichen Alter.

(Monatsschr. f. Psych. und Neur. Bd. 12 No. 3.)

M. berichtet über sechs Tabesfälle, bei drei derselben kann nicht bestimmt entschieden werden, ob sie noch zur juvenilen Form gerechnet werden können. Was die drei anderen (juvenilen) Fälle betrifft, so bestand bei zwei derselben der Verdacht auf hereditäre Lues, während bei dem dritten weder hereditäre noch erworbene Syphilis nachweisbar war.

Ob der juvenilen Tabes gewisse Eigentümlichkeiten bezw. der Symptomatologie zukommen, kann nach Verf.s Meinung vorerst noch nicht entschieden werden.

Sämtliche Patienten des Verf. gehörten dem weiblichen Geschlecht an.

Kurt Mendel (Berlin).

Digitized by Google

III. Aus Vereinen und Gesellschaften.

K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Sitzung vom 24. Oktober 1902.[1])

Dr. Otto Halász demonstriert ein fünf Tage altes Kind, das eine **Kombination von Defekten und Mißbildungen** aufweist. Nebst einer Hasenscharte und Wolfsrachen ist der rechte Vorderarm um 2 cm verkürzt, das Ellenbogengelenk subluxiert, der Vorderarm in Supinationsstellung kontrahiert und die rechte Hand weist das Fehlen des Ring- und kleinen Fingers auf, ohne daß eine Syndaktilie vorhanden wäre. Beide Füße sind Klumpfüße. Die Mutter des Kindes hat acht normal gestaltete Kinder geboren. Vererbung ist nicht nachweisbar.

Dr. Siegfried Weiß demonstriert ein 16 Tage altes Kind mit **Pemphigus neonatorum** im Stadium der beginnenden Abheilung. Neben den typischen Symptomen zeigt dieser Fall eine Abweichung in bezug auf die Abhebung der Blasendecken. Während sonst in der Regel die Ablösung derselben an der Blasengrenze Halt macht, exfoliieren sich hier die obersten Epidermislagen weit über diese Grenzen hinaus in Form äußerst zarter Lamellen, welche mit Leichtigkeit in großer Ausdehnung sich abziehen lassen. Mit diesem Symptom steht der Fall am Übergange zu der Dermatitis exfoliativa Ritter und kann vielleicht mit der Identitätsfrage des Pemphigus neonatorum, welche für die Impetigo contagiosa bereits erledigt ist, von Richter aber auch auf Dermatitis exfoliativa Ritter ausgedehnt wurde, in Beziehung gebracht werden.

Diskussion:

Primarius Dr. Knöpfelmacher: Ich habe im Laufe des letzten Jahres Gelegenheit gehabt, zwei Fälle zu beobachten, welche für einen gewissen Zusammenhang der Dermatitis exfoliativa Ritter und des Pemphigus neonatorum sprechen. Im ersten Falle hatte ein Kind wenige Tage nach der Geburt typischen Pemphigus neonatorum und im Anschluß daran entwickelte sich eine tödliche Dermatitis exfoliativa. Im zweiten Falle ein Kind Dermatitis exfoliativa, die Mutter des Kindes bekam Impetigo contagiosa. Bei dem erwiesenen Zusammenhange zwischen Pemphigus neonatorum und Impetigo contagiosa des Erwachsenen spricht das fast gleichzeitige Auftreten von Dermatitis exfolitiva beim Kinde und von Impetigo contagiosa bei der Mutter dafür, daß, wenigstens in einzelnen Fällen, Dermatitis exfoliativa, Pemphigus neonatorum und Impetigo contagiosa ätiologisch miteinander nahe verwandt sind. Die erwähnten Fälle werden seinerseits ausführlich publiziert werden.

Sitzung vom 31. Oktober 1902.[2])

Prof. Dr. O. Chiari demonstriert ein dreieckiges Holzkohlenstück von 2—3 mm Dicke, dessen Seiten 2, $2^1/_2$ und 1 cm messen, welches er am 25. Oktober durch Laryngofissur aus dem Kehlkopfe eines 5jährigen Knaben entfernte.

Interesse beansprucht dabei neben der Größe des Fremdkörpers nur noch die Art der Diagnose. Das Kind verspürte am 23. September während des Essens von Spinat plötzlich heftiges Stechen im Kehlkopfe, spuckte etwas Blut aus, wurde bald dyspnoëisch und mußte am nächsten Morgen wegen Erstickungserscheinungen tracheotomiert werden. Die zwei nächsten Tage trat Fieber bis 39° C. auf, dagegen fehlten alle Erscheinungen von Krupp oder anderen Entzündungen. Das Kind konnte auch gut schlingen, nur hustete es öfter. Der Kehlkopf blieb unwegsam, so daß alle Versuche die Kanüle zu entfernen vergebens waren. Die Intubation wurde erfolglos versucht. Erst am 11. Oktober wurde der Kehlkopf wieder etwas für Luft durchgängig, doch war die Stimme sehr heiser und schwach. Die Spiegelung des Kehlkopfes war wegen übermäßigen Widerstandes des sehr unruhigen und reizbaren Kindes unmöglich. Auch sonst ließ sich kein Fremdkörper nachweisen. Nach jeder Aufregung fieberte das Kind etwas. Die Eltern brachten deshalb das Kind am 23. Oktober zu Ch. Auch er konnte keine laryngoskopische Untersuchung durchführen, da das Kind sich aus allen Kräften wehrte.

---

1) Nach der Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 44.
2) Nach der Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 45.


Digitized by Google

Er untersuchte daher am nächsten Tage in Narkose. Die Spiegelung, sowie die Endoskopie durch eine Röhre lieferte kein Resultat. Die digitale Untersuchung ergab Freisein des introitus laryngis. Die Sondierung von der Tracheotomieöffnung aus ließ nichts nachweisen. Erst bei der Einführung der Schrötterschen Kehlkopfpinzette unter Leitung des Fingers stieß Ch. auf einen rauhen, harten Fremdkörper, den er nach dem Gefühl für einen Knochen erklärte.

Er suchte ihn zu fassen, glitt aber ab. Von weiteren endolaryngealen Extraktionsversuchen glaubte er hier absehen zu müssen, da das Kind nach dem Berichte der Eltern und nach seiner eigenen Erfahrung vom Vortage voraussichtlich in absehbarer Zeit nicht tolerant geworden wäre. Auch fürchtete Ch. bei dem heftigen Widerstand Verletzungen durch den Fremdkörper selbst. Endlich reagierte das schwächliche Kind auf alle energischen Spiegelungsversuche und Aufregungen mit Fieber und litt an ziemlich starker Bronchitis. Ch. schlug daher die Laryngofissur für den nächsten Tag vor.

Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen ergab kein Resultat; die Aufnahme eines Röntgenogramms war bei der außergewöhnlichen Ungeberdigkeit des Kindes kaum durchführbar.

So führte Ch. denn, nur gestützt auf den Sondenbefund, die Laryngofissur aus und fand sofort nach Spaltung des Schildknorpels den schwarzen Fremdkörper und extrahierte ihn ohne Mühe.

Im ersten Moment hielt Ch. ihn für ein Schieferstück; erst nach Vollendung der Operation entpuppte er sich bei genauer Beobachtung als sehr harte Holzkohle.

Der Vater des Kindes erzählte erst dann, daß dasselbe am 17. Tage nach der Tracheotomie plötzlich einen Fremdkörper im Halse gespürt habe, ihn mit dem Finger entfernen wollte, aber verschluckte. Im Stuhl fand man am nächsten Tage ein kleines Steinchen (?) und ein Stückchen Holzkohle. Ch. beließ die Kanüle durch einige Tage, verstopfte sie am 28. Oktober, worauf das Kind zwei Tage und Nächte gut atmete, und entfernte sie am 30. mittags. Heute ist die Bronchitis fast verschwunden, die Atmung frei und die Stimme nur mäßig verschleiert. Das Kind ist munter und hat guten Appetit, trotzdem es vorgestern 38,3 und gestern abend 39,1° C. hatte. Heute nachmittags war es fieberfrei.

Die Diagnose war also nur durch die Sondierung von oben unter Leitung des Fingers gestellt worden. Die Röntgenstrahlen konnten bei der Natur des Fremdkörpers keinen Aufschluß geben.

Diskussion:

Doz. Dr. Großmann berichtet über einen ähnlichen Fall. Es handelte sich um eine Pat., die mit der Angabe erschien, einen Fremdkörper geschluckt zu haben. Einige Zeit nach Konstatierung und erfolglosem Extraktionsversuche desselben erschien Pat. und zeigte ein von ihr ausgehustetes Knochenstück. Auch dieser Fremdkörper gab vorher bei der Röntgenuntersuchung ein negatives Resultat.

IV. Internationaler Gynäkologenkongreß in Rom.

Sitzung vom 20. Sept. 1902.[1])

G. J. Engelmann (Boston): **Das Alter bei der ersten Menstruation am Pol und am Äquator.**

Frühzeitige Menstruation im Alter von 9—10 Jahren in den Tropen und spätes Auftreten im Alter von 18—20 Jahren im hohen Norden ist eine Sage, die sich von Generation zu Generation. ohne jede wissenschaftliche Begründung fortpflanzt; denn die frühzeitige Pubertät in den tropischen Gegenden ist so wie deren spätes Auftreten in den arktischen Regionen nicht als Regel anzusehen. Das Negermädchen im Somaliland entwickelt sich mit 16 Jahren, also ebenso spät wie die Lappländerin, und Samojedinnen und Eskimoweiber können ebenso wie Hindufrauen aus Indien schon mit zwölf Jahren Mutter werden. Die Pubertät kann am Pol ebenso früh eintreten, wie dies gewöhnlich für den Äquator angenommen wird, und am Äquator so spät, wie man es für die Polbewohnerinnen annimmt.

E. bespricht dann eingehend das Alter der ersten Menstruation auf Grund von

---

[1]) Zentralbl. f. Gynäk. 1902 No. 46.


Digitized by Google

über 60000 vertrauenswürdigen Daten, die er nach Zonen verteilt folgendermaßen gruppiert:

I. Arktische Zone (624 Fälle); Alter im Mittel 14,6 Jahre.

Matthews (500 Fälle)	Arktische Indianer	12,6	Jahre
	Eskimo	13—15	„
v. Haven	Eskimo	16	„
Vogt	Guenas	15,2	„

Im hohen Norden bei Eskimos mit 14 Jahren; Wochenbett auch mit $11^1/_2$ bis $12^1/_2$, manchmal 13, oft 14 Jahren.

II. Gemäßigte Zone.

a. Europa. Alte Welt (58737 Fälle) mit 15,5 Jahren.

Dänemark, Holland	(8943 Fälle)	16,5 Jahre,
Deutschland	(21258 „)	16 „
England	(12287 „)	15 „
Frankreich	(7887 „)	14,6 „
Italien	(6337 „)	14,8 „
Spanien	(2025 „)	14,2 „

b. Nordamerika. Neue Welt (10531 Fälle) mit 13,9 Jahren.

Vereinigte Staaten und Kanada (englische, germanische, französische, italienische Rassen, sowie Nigros) mit 13,9 Jahren.

III. Tropische Zone (inbegriffen die subtropischen Gegenden) (2733 Fälle) mit 14,8 Jahren.

Roberton (1140 Fälle) Südasien vom 18—23° N. 12,9 Jahre.
Rein tropische Zone (1593 Fälle) 15,8 Jahre.
Campbell (104 Fälle) Siam (13° N.) 14,3 Jahre.
Mondicoe (1244 Fälle) Cochinchina (11—17° N.) 16,6 Jahre.
Roberton (77 Fälle) Barbados, Demerara (13 und 6° N.) 15,6 Jahre.
v. d. Burg (168 Fälle) Batavia (0—8° S.) 14,6 Jahre.
Somaliland (0 — + 10°) 16 Jahre.
Bogasland (0 — — 10°) 16 Jahre.

Gestützt auf diese Statistik, sowie auf noch viele andere sich auf diese Frage beziehende Mitteilungen führt E. zuerst aus, daß, obwohl die höhere Temperatur unter einem und demselben Klima die Pubertätsentwickelung begünstigt (die Pubertät tritt zumeist im Sommer ein, die Konzeption findet meistens im Frühjahr statt) und auch auf die Geschlechtsbildung von Einfluß ist (höhere Temperatur ist für die Bildung des männlichen Geschlechtes notwendig, wie dies Tatsachen aus der Tier- und Pflanzenwelt beweisen), so variieren die mittleren Zahlen doch mehr unter den Bewohnerinnen der verschiedenen, zu einer Zone gehörenden Länder, als unter denen verschiedener, also extremerer Zonen.

So tritt im civilisierten Europa die Pubertät im Süden früher ein als im Norden, in Italien und Frankreich früher (mit 14—15 Jahren) als in Deutschland und Dänemark (mit 16 Jahren). Sehr frühes Entwickelungsalter (mit durchschnittlich 11—12, ja 9—10 Jahren) in Indien. bezw. Ägypten und Arabien nimmt Vortr. nicht als einwurfsfrei an.

In den Vereinigten Staaten Nordamerikas und Kanadas tritt die erste Menstruation durchschnittlich mit 14 Jahren auf, und zwar je näher gegen Süden, desto früher, je näher gegen Norden, desto später.

Jedoch in den eigentlichen arktischen Gegenden ist ein frühes Auftreten, in den eigentlichen Äquatorialgegenden das späte Auftreten (zumeist mit 15—16 Jahren), also das Gegenteil der herkömmlichen Anschauungen, die Regel. Von größerem Einfluß ist die Rasse; es werden nämlich unter einer und derselben Zone bei den verschiedenen Stämmen und Völkern die verschiedensten Entwickelungsalter gefunden. In den Vereinigten Staaten jedoch ist auch dieser Einfluß nicht zu beobachten; dort menstruieren Deutsche und Franzosen, Engländer und Neger fast gleich im durchschnittlichen Alter von 14 Jahren zum ersten Male.

Auch die Ernährung ist nicht ohne Einfluß, bei vielen Tiergattungen und Pflanzen selbst auf die Geschlechtsbildung. Und sicherlich ist die fett- und ölreiche Kost Grund für die frühzeitige Entwickelung bei den Lappländern und Eskimos. Andererseits ist das träge Wesen (sluggish nervous system) der Neger nicht ohne Schuld an dem späten Auftreten der ersten Menstruation bei dieser Rasse.

Digitized by Google

Aus alledem schließt E., daß das ganze „Milieu“, das „Toût-ensemble“ aller Bedingungen und nicht eine von diesen allein den wichtigsten Faktor bildet, und er möchte mit seinem Vertrage nur die falsche Ansicht der frühen Entwickelung in den Äquatorialgegenden und der späten in den Polargegenden widerlegt haben.

Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. November 1902.[1])

Es spricht Oberwarth über primäre **Angina gangraenosa** bei einem Knaben. Es waren keine anderen Krankheiten, wie Scharlach, vorausgegangen. Trotzdem traten in wiederholten Intervallen Schübe von nekrotisierenden Belägen an den Mandeln und an den Gaumenbögen abwechselnd auf. Bei der fünften Attacke trat hohes Fieber auf, und es kam zur brandigen Degeneration an der Unterlippe, an der linken Mandel und der linken Epiglottis. Außerdem traten Petechien auf, wie bereits bei einer früheren Attacke. Im nekrotischen Gewebe fand O. Streptokokken. (Das demonstrierte Präparat zeigte deutlich die Veränderungen.) Die Natur dieses Leidens ist ungeklärt; es sind erst wenige Fälle publiziert, in denen allen in verschiedenen Intervallen die Beläge auftraten, bis nach einigen Monaten unter hohem Fieber der Tod eintrat. Man könnte auch an primäre Syphilis denken, aber der chronische intermittierende Verlauf, das Wiederverschwinden spricht gegen diese Auffassung.

Schoetz berichtete dann über zwei Fälle von **Pharynxtuberkulose** bei Kindern, von denen erst zwölf Fälle in der Literatur bekannt sind. Der erste Fall betraf ein 12jähriges Mädchen, das mit diphtherieähnlichen Belägen im Halse zu ihm kam, weswegen er die Behandlung ablehnte. Nach drei Wochen kam das Kind wieder; die Rachenschleimhaut war blaurot und infiltriert und in ihr graue Knötchen zu sehen, zum Teil waren sie ulceriert. Man fand bei der Untersuchung der Lunge eine ausgedehnte Erkrankung der linken Spitze und im Sputum Bazillen. Das Kind lebte noch ca. drei Monate und starb unter hohen Temperaturen. Das zweite Kind kam mit fieberhaften Erscheinungen in Behandlung und war erst drei Tage krank. Auf den Mandeln saß ein grauer Belag. Auf dem Gaumensegel sah Sch. kleine graue Knötchen. Die Lunge war gesund, Eltern und drei Geschwister ebenfalls. Diese Erscheinungen gingen vorüber, als plötzlich unter starker Temperaturerhöhung flache Ulcera auf den Mandeln auftraten und ein Exanthem auf der Haut des ganzen Körpers; an den Lungen war nichts zu finden. Dagegen trat doppelseitig eine Ohrentzündung auf; und auf der einen Seite bildeten sich bald zwei Perforationen, die zu einer großen nach kurzer Zeit verschmolzen. Die Tonsillen waren hochgradig infiltriert, ebenso die aryepiglottischen Falten und der Kehldeckel, an dessen Hinterwand ein Geschwür saß. Die Sektion bestätigte den Befund. Die Sektion erwies auch, daß es sich in diesem Falle um eine allgemeine Miliartuberkulose handelte mit besonderer Beteiligung der Halsorgane. In dem ersten Falle ist die Sektion nicht gemacht worden, aber die Ursache der Halsaffektion ist dieselbe. Sch. meint, daß man bei Beobachtung der Miliartuberkulose öfter auf solche Befunde stoßen wird. (?) Zur Differentialdiagnose kommen die Diphtherie und allenfalls die Pseudoleukämie. Diese bilde mehr geschwulstähnliche Massen; aber erstere sei anfangs kaum von der beginnenden Tuberkulose zu unterscheiden.

Académie de médicine in Paris.

Sitzung vom 7. Oktober 1902.[1])

Josias berichtet über die **Diphtheriefälle** am Spital Bretonneau. Von 709 klinisch diagnostizierten Fällen waren nur 580 mit dem Klebs-Löfflerschen Bazillus behaftet. Die Zahl der Todesfälle betrug 58, worunter 29 infolge von Bronchopneumonie; letztere Affektion erwies sich als besonders kontagiös, weshalb man diese Fälle isolieren müßte. J. glaubt, daß man die Sterblichkeit noch mehr

---

[1]) Nach Deutsche Medizinal-Ztg. 1902 No. 93.
[2]) Nach Münchener med. Wochenschr. 1902 No. 46.

Digitized by Google

herabsetzen kann, wenn man möglichst bei Beginn der Krankheit schon das Heilserum (10—20 ccm) injiziere; im Spital geschehe dies gewöhnlich, aber die Ärzte in der Privatpraxis warteten oft viel zu lange: die Injektionen nur um 24 Stunden zu verschieben, das setze das Leben der Kinder aufs Spiel.

Societé médicale des Hopitaux in Paris.

Oktobersitzung 1902.[1])

Gegenstand der Besprechung war die **hereditär-syphilitische Tabes.** Babinski glaubt, daß diese Affektion, von welcher kaum 20 Fälle in der medizinischen Literatur veröffentlicht sind, oft in nur wenig ausgebildeter Form vorkommt und viel häufiger ist, als man gewöhnlich annimmt. Er teilte sodann der Gesellschaft zwei Fälle mit, die besonders dadurch interessant sind, daß beide Male der Vater ebenfalls Tabetiker war. Im ersten Falle handelte es sich um ein 22jähriges Mädchen mit Hutchinsonschen Zähnen. Außer einigen Geschwüren am anus, die sich sofort nach der Geburt gezeigt hatten, war sie bis zu ihrem 17. Jahre gesund geblieben. In diesem Alter bekam sie eine interstitielle Keratitis, die die charakteristischen Zeichen einer hereditär syphilitischen Affektion darbot. Nach weiteren zwei Jahren stellten sich lanzinierende Schmerzen ein und trat Pupillenstarre auf. Der Vater der Pat. hatte sich während der Schwangerschaft ihrer Mutter angesteckt und dann die Syphilis auf die Mutter übertragen. Der Vater hat eine ausgesprochene Tabes, die Kniereflexe sind aufgehoben, er leidet an Blasenstörungen, lanzinierenden Schmerzen, pathologischen Augenerscheinungen u. s. w. Der zweite Fall betrifft ein 15jähriges Mädchen mit Pupillenstarre, aufgehobenen Sehnenreflexen, Schwierigkeiten bei der Harnentleerung, Chorioiditis und einigen psychischen Störungen, die auf eine Dementia praecox oder eine diffuse Meningoencephalitis zurückzuführen sein dürften. Der Vater leidet an den gleichen Erscheinungen wie derjenige der oben erwähnten Pat. Die genaue Erforschung dieser Fälle ist nach Babinski von großer Wichtigkeit, weil er annimmt, daß durch intensive, lange fortgesetzte Quecksilberbehandlung ein Einfluß auf die hereditär-syphilitische Tabes ausgeübt werden kann, ein Einfluß, der wenigstens ebenso groß ist, wie derjenige des Quecksilbers auf die gewöhnliche Tabes, d. h. daß eine gewisse Einschränkung der Entwickelung der Krankheit erreicht werden kann. Zu dieser letzteren therapeutischen Bemerkung von Babinski fügte Gaucher hinzu, daß das Wort intensiv sich nur auf die Dauer der Behandlung, nicht aber auf die Stärke der Dosen bei der spezifischen Behandlung beziehen dürfe, da man beim Überschreiten der gewöhnlichen Gaben der Quecksilbersalze sofort Intoxikationserscheinungen hervorrufe.

IV. Neue Bücher.

Die Hygiene des Kindes von Luigi Concetti. (Rom-Mailand. Società Editrice Dante Alighieri 1903. 637 S.)

Ein durch ausführliche und sachgemäße Behandlung aller für die Hygiene des Kindesalters irgendwie wichtigen Fragen ausgezeichnetes Buch, das nicht nur für Ärzte und Hygieniker, sondern auch für gebildete Laien berechnet ist. Verf. wird einem so zusammengesetzten Leserkreis gerecht, indem er auf das Glücklichste die Mitte hält zwischen allzu gründlichem Eingehen auf wissenschaftliche Details von rein theoretischem Interesse und allzu großem Streben nach Popularisierung, das ja oft zur Oberflächlichkeit führt. Besonders im Vaterland des Verf., wo, wie die mitgeteilten Ziffern zeigen, die Morbidität und Mortalität in den ersten Lebensjahren eine ganz besonders erschreckend hohe ist, wäre dem Buche die weiteste Verbreitung zu wünschen.

Den breitesten Raum nimmt naturgemäß das Kapitel von der Ernährung ein, es umfaßt allein über 350 Seiten; als besonders gelungen ist der Abschnitt, der von der künstlichen Ernährung und den Milchsurrogaten handelt, zu bezeichnen. Als ein Beweis, eine wie eingehende Darstellung der Gegenstand gefunden hat,

---

[1]) Vereinsbeilage der Deutsch. med. Wochenschrift 1902 No. 47.


Digitized by Google

sei erwähnt, daß auch der Ernährung intubierter Kinder gedacht wird. In einem Kapitel über allgemeine Hygiene ist nichts vergessen, was für eine nach vernünftigen hygienischen Grundsätzen geleitete Kinderstube in Betracht kommt; besonders eingehend ist die der Haut- und Mundpflege, die Kleidung, die Hygiene der Sinnesorgane, die Unterstützung der ersten Gehversuche, die Hygiene der Psyche behandelt. Den Schluß bildet ein die wichtigsten Grundsätze der Schulhygiene behandelndes Kapitel. Finder (Berlin).

Bézy und Bibent. **Die Hysterie im kindlichen und jugendlichen Alter.** (Übersetzt von H. Brodtmann) (Verlag v. Vogel und Kreienbrink. Berlin 1902. 236 S.)

Nach einer geschichtlichen Einleitung besprechen die Verff. die Symptomatologie die kindlichen Hysterie und deren hauptsächlich vorkommende Formen. Sie unterscheiden die Hysterie des frühesten, die des späteren Kindesalters und die des jugendlichen Alters. Auch beim Säugling werde Hysterie beobachtet. Weitere Kapitel sind der Kombination von Hysterie einerseits mit organischen Leiden oder Neurosen (Epilepsie, Chorea) andererseits, der Differentialdiagnose mit anderen Krankheiten, der Prognose, (welche, sofern das Leiden frühzeitig erkannt und behandelt wird, günstig ist, und zwar bei Knaben günstiger als bei Mädchen), der Ätiologie (erbliche Veranlagung, Erziehung, Übertragung, Gemütsbewegungen, Traumen, Onanie, hypnotische Experimente, Infektionskrankheiten) und der Therapie (Prophylaxe, Entfernung aus dem Elternhaus, Erziehung, Suggestion, Isolierung) gewidmet. Eine reichhaltige Literaturangabe schließt die Arbeit, welche zwar das hauptsächlichste über die kindliche Hysterie, alles jedoch in etwas summarischer und skizzenhafter Form bringt und nirgends weiter in die Tiefe zu dringen sucht. Kurt Mendel (Berlin).

H. Neumann. **Über die Behandlung der Kinderkrankheiten.** 3. Auflage. Verlag von O. Coblentz, Berlin (Preis Mk. 9).

Gerade zwei Jahre, nachdem die 2. Auflage die Presse verlassen, erschien die 3. Auflage des allseits mit Recht freundlichst aufgenommenen Buches, das so recht ein Belehrungs- und Nachschlagewerk für den Praktiker ist, dem es in angenehmer Form alles Wissenswerte über die Therapie der Kinderkrankheiten mitteilt und oft goldene Regeln und Winke für die tägliche Praxis gibt. Der Autor hat auch diese Auflage genau revidiert, an vielen Stellen neu bearbeitet, mannigfach erweitert. Das Buch wird sicherlich zahlreiche neue Freunde sich erwerben und weiterhin vielen Nutzen stiften. Grätzer (Sprottau).

Carl Pick. **Kurzgefaßte praktische Hydrotherapie.** J. J. Heines Verlag in Berlin. (Preis Mk. 6).

Verf., ein Schüler von Winternitz und über 20 Jahre an einer der größten Wasserheilanstalten Österreichs tätig, hatte reichlich Gelegenheit, die großen Erfolge rationell durchgeführter hydrotherapeutischer Maßnahmen kennen zu lernen und auch in der täglichen hausärztlichen Praxis die segensreichen Wirkungen methodischer Wasserkuren zu studieren. Er stellte es sich zur Aufgabe, Applikationsweise, Indikationen, Dosierung hydriatischer Prozeduren und die Wasserkur im Hause des Kranken mit den einfachsten Behelfen, dem Leser möglichst klar vor Augen zu führen, und er hat diese Aufgabe in glänzender Weise gelöst. Nachdem er auf wenigen Seiten die szientifische Begründung der Hydrotherapie gegeben, bespricht er Applikationsweise, Indikationen und Dosierung der einzelnen Prozeduren, um dann zu dem Hauptabschnitt über die praktische Anwendung der Hydrotherapie in den einzelnen Krankheitsgebieten überzugehen und hier alles Wissenswerte vorzubringen. Wenn er diesen umfangreichen Stoff in lückenloser Weise auf 184 Seiten erledigte, so war dies nur möglich dadurch, daß er den Stoff vollkommen beherrscht und über eine höchst klare und präzise Diktion verfügt. Mit wenigen Worten versteht er es, die einzelnen Themata zu behandeln und die wichtigen Punkte zu erläutern, minder Wichtiges nur streifend und doch nie ganz außer acht lassend. Der Verlag hat das sehr empfehlenswerte Buch auch äußerlich würdig ausgestattet. Grätzer (Sprottau).

E. Grätzer. **Therapeutischer Ratgeber für die tägliche Praxis.**[1]) Leipzig 1902. Ernst Fiedler. (Preis Mk. 6.)

Dieses bisher unter dem Titel „Die therapeutische Praxis des Arztes" erschienene Buch des bekannten Redakteurs der „Excerpta medica" und des

[1]) Entnommen der Prager med. Wochenschrift 1902 No. 37.


Digitized by Google

„Centralblatt für Kinderheilkunde" erscheint nunmehr unter obigem Titel in 5. Auflage, ein deutlicher Beweis für die beifällige Aufnahme, die das Buch gefunden. Der neue Titel charakterisiert auch entschieden besser den Inhalt, der seinerseits wieder wesentliche Verbesserungen erfahren. Von den zahlreichen Rezeptaschenbüchern und ähnlichen Werken unterscheidet sich vorliegendes Buch wesentlich dadurch, daß es sich durchaus nicht auf die rein medikamentöse Therapie beschränkt, sondern auch die anderen gebräuchlichen physikalisch-diätetischen Maßnahmen mit der nötigen Ausführlichkeit angibt und insbesondere auch die für den praktischen Arzt so wichtigen chirurgischen Erkrankungen, wie Frakturen und Luxationen, sowie die wichtigsten geburtshilflichen Fragen in den Kreis der Erörterungen zieht. Da mit kritischem Blick nur erprobte Behandlungsweisen angeführt und die neuesten Errungenschaften entsprechend berücksichtigt werden, kann das Buch als recht zuverlässiger Ratgeber für die tägliche Praxis bestens empfohlen werden. Grünhut (Prag).

Neue Dissertationen.[1])

Adam, Max. Nahrungsmengen künstlich ernährter Kinder nebst einem neuen Vorschlag zur Nahrungsmengenberechnung. (München, Oktober 1902.)

Deißler, Wilhelm. Ätiologie und Therapie des Caput obstipum congenitum et spasticum. (Leipzig, Oktober 1902.)

Karsch, Wilhelm. Zur operativen Behandlung der angeborenen Gaumenspalten mit besonderer Rücksicht auf die funktionellen Erfolge. (Breslau, Sept.-Okt. 1902.)

Leipoldt, Johannes. Zur Ätiologie und Therapie der Hasenscharte, mit besonderer Berücksichtigung der im Leipziger Kinderkrankenhause vom Januar 1892 bis Ende 1902 vorgekommenen Fälle. (Leipzig, Oktober 1902.)

Reinhold, Friedrich. Zwei Fälle von Diplegia spastica (Littlesche Krankheit) bei zwei Geschwistern. (Jena, Oktober 1902.)

Zimmermann, Alfred. Beitrag zur Kenntnis der Hypertrophien angeborenen Ursprungs. (Straßburg, Oktober 1902).

V. Monats-Chronik.

Berlin. **Zur Schularztfrage.** Nachdem die Reichshauptstadt es einige Jahre mit der probeweisen Anstellung von zehn Schulärzten versucht hat, geht man jetzt daran, die Institution zu einer allgemeinen und dauernden zu machen. Zunächst beschäftigte sich die städtische Schuldeputation kürzlich mit der Frage. Es wurde beschlossen, dem Magistrat vorzuschlagen, eine Organisation für sämtliche Berliner Gemeindeschulen zu schaffen und 30 Schulärzte mit je 2000 Mk. Gehalt anzustellen. Deren Funktionen sollen so verteilt werden, daß sie nicht für einzelne Schulen, sondern möglichst für eine bestimmte Kinderzahl die Aufsicht ausüben. Die sozialdemokratische Fraktion der Stadtverordnetenversammlung hat dagegen folgenden Antrag eingebracht: „Die Versammlung wolle beschließen, den Magistrat zu ersuchen, am 1. April 1903 an jeder Gemeindeschule einen Schularzt anzustellen, mit der Maßgabe, daß die bisherigen zehn an zehn Doppelschulen amtierenden Ärzte vom 1. April 1903 ab an je einer Schule tätig sein sollen. Die Versammlung sieht einer besonderen Vorlage über die Kostendeckung entgegen und ersucht den Magistrat, die für die Neueinrichtung erforderlichen Mittel in den Etat von 1903 einzustellen."

Vom ärztlichen Standpunkte verdient der zweitgenannte Antrag unbedingt den Vorzug. Für eine Stadt wie Berlin mit ca. 250000 in Betracht kommenden Schulkindern sind 30 Schulärzte entschieden viel zu wenig. Wenn ein Arzt die Fürsorge über ca. 8000 Schulkinder zu übernehmen hat, kann unmöglich etwas Ersprießliches geschaffen werden. Stellt man an den 260 Schulen je einen Arzt mit 500 Mk. Gehalt an, so würden sich die Kosten auf 130000 Mk. stellen, während sie bei dem von der städtischen Schuldeputation vorgeschlagenen Modus

---

[1]) Besprechung einzelner derselben vorbehalten.

Digitized by Google

60 000 Mk. betragen würden. Die Mehrkosten bei dem ersteren Verfahren würden für eine Stadt wie Berlin kaum in Frage kommen. Durch die Berücksichtigung einer großen Zahl von Ärzten ließe sich ferner viel unnötige Verbitterung bei den Zurückgesetzten vermeiden, und es ließe sich auch leicht die im Interesse der Institution und des Ärztestandes überhaupt liegende Bevorzugung solcher jüngeren Kollegen ermöglichen, die noch nicht mit Fixis und Sinekuren aller Art gesegnet sind. Neigt sich die Stadtverwaltung dem Vorschlage der Schuldeputation zu, so wird ein wütendes Wettrennen um die neuen Fixa beginnen, bei dem nach alter Erfahrung diejenigen den Sieg davontragen werden, die ohnehin schon im Besitze zahlreicher ärztlicher Pfründen sind und daher für ihr neues Amt am wenigsten Zeit erübrigen können. Aus allen diesen Gründen können wir dem Antrage der sozialdemokratischen Fraktion nur vollen Erfolg wünschen.

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1902 No. 93.)

Berlin. Wegen Einführung **unentgeltlicher Schutzimpfungen mit Diphtherieheilserum** für die ärmere Bevölkerung sind seitens des Polizeipräsidenten v. Windheim beim Magistrat Vorschläge gemacht worden. Wir glauben nicht, daß die geplante Maßregel, selbst wenn der Magistrat auf die Anregung des Polizeipräsidenten eingehen sollte, irgend welche praktische Bedeutung erlangen würde. Da ein gesetzlicher Zwang zur Annahme behördlicher Wohltaten nicht besteht, so würde bei der aus der Geschichte der Schutzpockenimpfungen sattsam bekannten Abneigung der Bevölkerung gegen derartige Eingriffe niemand von der Gelegenheit unentgeltlicher Diphtherieimmunisierung Gebrauch machen und dies um so weniger, als die Inanspruchnahme des gebotenen Benefiziums möglicherweise als Armenunterstützung angesehen werden und daher Wahlrechtsbeschränkungen zur Folge haben könnte. Auch vom rein medizinischen Standpunkte muß die geplante Maßregel als überflüssig erscheinen. Einmal dauert der durch die Immunisierung gewährte Infektionsschutz selbst nach der Ansicht derer, die an ihn glauben, höchstens 10—20 Tage und es ist daher gewagt, um eines so geringfügigen Vorteils willen die weder ganz seltenen, noch harmlosen Zufälle der Seruminjektion in den Kauf zu nehmen; sodann aber ist auch ohne derartige Mittel die Diphtheriemorbidität in Berlin in den letzten Jahren erfreulicherweise auf ein derartig niedriges Niveau gesunken, daß man vorerst ruhig auch weiterhin der Milde des Genius epidemicus neben den bisherigen Maßnahmen den Schutz der Bevölkerung anvertrauen kann. Ist doch nach alten Wiener Erfahrungen gerade für die Diphtherie ein spontanes Erlöschen auf Jahrzehnte durchaus nicht ausgeschlossen. Wozu also das wissenschaftliche Urteil späterer Geschlechter durch Maßnahmen von an sich höchst zweifelhaftem Werte trüben?

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1902 No. 95.)

Personalien: Doz. Dr. **M. Pfaundler** (Graz) zum außerordentl. Professor der Kinderheilkunde in Graz ernannt. — Unser geschätzter Mitarbeiter, Privatdoz. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, ebenfalls zum Professor ernannt. — Privatdoz. Dr. **Ludloff**, bisher Assistent bei Professor Garrè in Königsberg, zum Leiter des neuen orthopädischen Instituts der chirurg. Klinik nach Breslau berufen. — Ernannt zum leitenden Arzt der inneren Abteilung des Kinderhospitals Olgaheilanstalt Dr. **M. Fischer**, als ärztl. Anstaltsvorstand Geh. Hofrat Prof. Dr. **Köstlin** in Stuttgart. — Dr. **J. Raczynski** zum a. o. Professor der Kinderheilkunde an der Universität Krakau ernannt.

— Gestorben Dr. **W. Rager**, Spezialist für Orthopädie in Kopenhagen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

VIII. Jahrgang. 1. Februar 1903. No. 2.

I. Originalbeiträge.

(Aus Dr. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.)

Herpes tonsurans im Kindesalter.

Von

Dr. **Max Joseph** in Berlin.

Die Hautkrankheiten weisen im wesentlichen den gleichen Typus auf, gleichgültig, ob Kinder oder Erwachsene betroffen werden. Meist zeigt dasselbe Exanthem sowohl nach Lokalisation als nach klinischem Verlaufe und ebenso in der Prognose dieselben Eigenschaften, gleichgültig, ob es ein kindliches oder ein erwachsenes Individuum befällt. Eine Ausnahme hiervon macht der Herpes tonsurans. Derselbe spielt auf der Haut des Kindes eine ganz eigentümliche Rolle. Er bevorzugt vor allem den behaarten Kopf, den er bei Erwachsenen fast niemals ergreift.

Wir sehen bei Erwachsenen leider recht häufig, besonders in der Großstadt, den Herpes tonsurans vesiculosus. Derselbe ist im behaarten Teile des Gesichtes lokalisiert und wird am häufigsten durch das Rasieren übertragen. Je länger er besteht und je weniger schnell er durch eine energische Therapie beseitigt wird, desto größer ist die Gefahr, daß sich eine sekundäre parasitäre Sykosis hieraus entwickelt. Aber niemals geht, so lange auch die Infektion besteht, dieser Herpes tonsurans beim Erwachsenen von dem Barte auf den behaarten Kopf über. Einzig und allein kann sich das Trichophyton tonsurans auf die unbehaarten Körperstellen, besonders den Rumpf, verbreiten, und es entwickelt sich alsdann daselbst der Herpes tonsurans maculosus et squamosus.

Beim Kinde dagegen liegen die Verhältnisse anders. Hier kommt zwar auch zuweilen durch direkte Übertragung von einem Erwachsenen der Herpes tonsurans vesiculosus auf irgend einer Körperstelle vor. Gewöhnlich lokalisiert sich aber das Trichophyton tonsurans auf dem behaarten Kopfe. Man wird zu der Annahme gezwungen, daß die Kopfhaut des erwachsenen Menschen sich gegen das Eindringen der Trichophytie sehr resistent erweist. Auf der kindlichen Kopfhaut findet sich dagegen ein viel geeigneterer Nährboden, denn sonst wäre es uns unerklärlich, weshalb gerade die kindliche Kopfhaut die Prädilektionsstelle für die Lokalisation der Trichophytie abgibt.

Das Auftreten des Herpes tonsurans auf dem behaarten Kopfe gehörte in Deutschland zwar zu den Seltenheiten, indes macht es auf mich den Eindruck, als ob diese Affektion in den letzten Jahren auch bei uns häufiger würde. Keinesfalls ist aber auch nur eine Andeutung dessen

Digitized by Google

vorhanden, daß sie schon im Begriffe steht, etwa eine so enorme Ausdehnung zu erreichen, wie dies in England, Amerika und Frankreich der Fall ist. Sabouraud[1]) berichtet z. B., daß es in Paris 8 bis 9000 Kinder mit Herpes tonsurans capillitii gibt. Kein Wunder, wenn alsdann ganze Schulen geschlossen werden müssen, da man eine noch größere Verbreitung dieser Trichophytie unter den Kindern befürchten müßte. Man gründet daher eigene „ringworm-schools" (The British med. Journ., 23. Febr. 1901, S. 471), um den zahlreichen kranken Kindern wenigstens während ihrer Erkrankung, wo sie lange Zeit isoliert werden müßten, die Wohltat eines regelmäßigen Schulunterrichtes angedeihen zu lassen. Davon ist bei uns keine Rede. Im Gegenteil, es gibt bei uns gewiß viele Ärzte und selbst Dermatologen, welche noch nie einen Herpes tonsurans des behaarten Kopfes und dessen Folgezustand, das Kerion Celsi, gesehen haben. Trotzdem kamen in meiner Poliklinik doch in den letzten Jahren vier Fälle hiervon vor, und vor kurzem habe ich, dank der Freundlichkeit des Herrn Prof. A. Baginsky im hiesigen Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus, drei schwere Fälle von Kerion Celsi bei drei Geschwistern sehen können. Auch aus einer Stadt im westlichen Deutschland berichtet mir ein befreundeter Kollege, daß daselbst vor kurzem eine Trichophytieepidemie von Schulkindern und deren kleinen Geschwistern in besorgniserregender Weise grassierte. Eine eigentümliche Erscheinung trat hier insofern zu Tage, als nur Kinder, welchen die Haare geschnitten wurden, durch Vermittelung eines aus Amerika zugereisten erkrankten Knaben angesteckt wurden. Von Mädchen erkrankten nur einige wenige und zwar auch nur solche, denen die Haare geschnitten worden waren. Größere Geschwister bezw. Mädchen wurden trotz inniger Berührung (Zusammenschlafen mit erkrankten jüngeren Mädchen) nicht infiziert, vielleicht wegen des den Kopf bedeckenden dicken Haares. Es liegt auf der Hand, daß hier der Arzt einer größeren Ausbreitung durch frühzeitige Diagnose des ersten Krankheitsfalles vorbeugen kann.

Das klinische Bild des Herpes tonsurans capillitii ist aber so charakteristisch, daß man es frühzeitig erkennen muß. Kaposi hat bereits im Jahre 1876 in seinem berühmten, mit Hebra zusammen herausgegebenen großen Handbuche der Hautkrankheiten (Stuttgart, Enke 1876) eine mustergültige Darstellung dieses Krankheitsbildes gegeben, welche noch heute als vollständig zutreffend bezeichnet werden muß. Es zeigen sich nach ihm auf dem behaarten Kopfe in der Regel zerstreute, inselförmige, unregelmäßige, linsen-, zuweilen aber auch pfennig- bis talergroße, rundliche Scheiben. Die Haut erscheint in diesem Bereiche wie gerupft oder als hätte ein des Haarschneidens Unkundiger an dieser Stelle die Haare ungleichmäßig geschnitten. Der Haarwuchs ist daselbst auffallend ärmlich im Vergleiche zum Haarwuchse der Umgebung und hierdurch fallen die kranken Stellen sehr ins Auge. Die Haare stehen dünn, ungleich lang, zum Teil kurz abgebrochen. So entsteht das Bild einer schlecht gemachten Tonsur.

Im Bereiche der Krankheitsherde ist, wie ich Kaposis Schilde-

[1]) L'Echo médic. du Nord, 9. Juli 1899.


Digitized by Google

rung bestätigen kann, der Haarboden mit einer verschieden mächtigen und ziemlich fest haftenden Lage weißer, trockener Schüppchen bedeckt. Nach Entfernung derselben zeigt sich die erkrankte Hautstelle gewöhnlich mäßig gerötet, etwas geschwellt und über die Oberfläche ein wenig hervorragend. Bei Druck ödematös und empfindlich. Nur selten bekommt man einen einzelnen Krankheitsherd zu sehen, meist kommen die Kinder mit mehreren Stellen zur Beobachtung. Das Ausfallen und Abbrechen der Haare stellt sich schon frühzeitig ein und merkwürdig ist die verschiedene Art der Ausbreitung des Prozesses. Einzelne Krankheitsherde bleiben klein, andere vergrößern sich und erreichen fast die Größe eines Handtellers, und subjektiv macht sich nur ein geringes Jucken bemerkbar.

Je länger nun dieser Herpes tonsurans auf dem behaarten Kopfe besteht, desto eher kann es zur Ausbildung jenes sekundären Zustandes kommen, welchen wir als Kerion Celsi bezeichnen. Derselbe ist vollkommen analog jener sekundären, auf den Herpes tonsurans vesiculosus folgenden Erscheinung im Barte, welche wir als parasitäre Sykosis auffassen. Zunächst zeichnet sich das Trichophyton dadurch aus, daß es das Haar nur in dem über die Hautoberfläche herausragenden Teile befällt. Hier unterscheidet sich biologisch der Trichophytonpilz sehr wesentlich vom Favuspilz. Denn letzterer setzt sich zunächst im Infundibulum fest und läßt das Haar unbeteiligt. Das Trichophyton dagegen bewirkt eine Brüchigkeit des Haares. Dieses Abbrechen der Haare über der Epidermis und die neben den zahlreichen Stümpfen vorhandenen Pusteln, geröteten Flecke und Krusten berechtigen am ersten zur Diagnose des Herpes tonsurans capillitii. Je länger aber das Trichophyton besteht, desto größere Neigung hat es in den intraepidermidalen Teil des Haares einzudringen und hier schreitet es direkt bis zum Haarbulbus vor. Nun entwickelt es dort eine leukotaktische Eigenschaft und zieht die Leukocyten gewissermaßen aus den Kapillaren in der Umgebung der Papilla pili heraus. So entsteht alsdann eine Perifolliculitis, welche allmählich abszediert. Diese Eiterung wird nicht durch eine Mischinfektion (Staphylokokken u.s.w.), sondern durch das Trichophyton selbst hervorgerufen. Durch das Aneinanderliegen zahlreicher, von dieser Perifolliculitis umgebener Haare entsteht dann jener Zustand, welchen wir klinisch als Knoten bezeichnen. Allmählich zerfallen dieselben eitrig, und es zeigen sich dann jene typischen geröteten, über die Oberfläche stark hervorragenden, sich scharf von der gesunden Umgebung abhebenden, weichen, eine Ähnlichkeit mit einer Makrone aufweisenden Knoten. Die meisten Haare stecken nur lose in den zahlreichen, auf diesen Knoten befindlichen Pusteln und lassen sich leicht ausziehen. Preßt man die Knoten zwischen zwei Fingern, so läßt sich aus den Follikeln eine kleine Quantität Eiter herausdrücken. So erinnert das Bild an einen Karbunkel geringen Grades und in den einige Zeit währenden Fällen zeigen sich zugleich die Lymphdrüsen der Cervikalgegend vergrößert und schmerzhaft.

Daß die Infektion in diesen Fällen durch das Trichophyton tonsurans hervorgerufen ist, liegt ohne weiteres klar zu Tage. Dafür spricht zunächst der oben geschilderte unverkennbare Befund. Die

Digitized by Google

typischen, kreisrunden, geröteten Flecke mit den kleinen Pusteln und Haarstümpfen sind unverkennbar, höchstens könnte es zu einer Verwechselung mit einer Alopecia areata kommen. Indessen hierbei ist die Haut stets glatt, normal und zeigt keine Spur einer Entzündung. Vielleicht kommen aber in manchen Ländern Mischformen vor, so daß die Aufstellung einer Alopécie pseudotondante (Lailler) verständlich wäre.

Ist es aber erst zur Ausbildung des Kerion Celsi gekommen, so könnte eine Verwechselung mit Furunkeln oder Abszessen in Frage stehen. Indessen abgesehen davon, daß bei dem Kerion Celsi nicht so starke eitrige Sekretion besteht, als bei den genannten beiden Prozessen, so wird sich auch immer noch an irgend einer Stelle des Kopfes ein Herpes-tonsuranskreis finden, welcher die Diagnose erleichtert. Die objektive Untersuchung auf das Vorhandensein von Trichophyton tonsurans in den Haaren wird aber natürlich den sichersten Aufschluß geben. Diesen Nachweis kann man leicht erbringen, indem man die kranken Haare auf einen Objektträger legt, einige Tropfen von 30%iger Kalium causticum-Lösung hinzusetzt und unter dem Mikroskope nun die zahlreichen im Haar und seinen Scheiden befindlichen vielfach verzweigten Mycelien des Trichophyton beobachten kann. Will man aber die Trichophyten färben, so hat sich mir folgendes Verfahren am besten bewährt, welches ich bereits in meiner mit Löwenbach zusammen herausgegebenen Dermatohistologischen Technik (Berlin, Marcus, 1900, II. Auflage, S. 113) beschrieben habe. Die Haare werden 24 Stunden lang in einer Mischung von Alkohol und Äther ana entfettet, etwa 5 Minuten in Eisessig gelegt und dann mit einer Nadel sorgfältig auf dem Objektträger ausgebreitet. Alsdann halte man den Objektträger hoch über die Flamme, damit der Eisessig langsam verdunstet und färbe nun mit Löfflerschem Methylenblau etwa 15 Minuten. Alsdann heben sich die Trichophyten durch ihre schöne blaue Färbung sehr gut von der Umgebung ab.

Hat man einen solchen positiven Befund vor sich, so ist die Diagnose entschieden. Schwieriger ist die Frage zu beantworten, woher die Kinder ihre Trichophytie acquiriert haben. Es gehört zu den Seltenheiten, daß in der Familie des Kindes der Vater oder die Mutter oder eines von den Geschwistern eine Trichophytie hat. In einem solchen Falle wäre die Übertragung ja leicht zu erklären. Meist scheint es aber so, als ob die Ansteckung von Tieren (Hund, Katze, Pferd) erfolgt wäre. Nach dieser Richtung war es sehr interessant, als Sabouraud (u. a. Annal. de Dermat. 1894) glaubte eine großsporige von einer kleinsporigen Form des Trichophyton unterscheiden zu können. Die letztere sollte nur auf dem behaarten Kopf und fast ausschließlich bei Kindern vorkommen, während die großsporige Form immer die Trichophytieerkrankung der unbehaarten Haut und der Bartgegend erzeuge. Die großsporige Form sollte etwa 7 bis 8 μ im Durchmesser, die kleinsporige etwa 3 μ halten. Ebenso glaubte Sabouraud die Sporen danach trennen zu sollen, je nachdem sie im Innern der Haarsubstanz (Endothrix) oder in den Haarscheiden und zwischen ihnen sowie dem eigentlichen Haar (Ektothrix) sich befinden. Letztere sollten besonders die Erreger der Sykosis sowie

Digitized by Google

des Kerion Celsi sein, durch ihre Gutartigkeit sich auszeichnen und tierischen Ursprungs, speziell von Pferden sein, während die Endothrixform stets von Menschen abstammen sollte. Es scheint aber doch aus zahlreichen neueren Untersuchungen (Rosenbach, Krösing, Malcolm Morris u. a.) hervorzugehen, daß man in dieser bestimmten Art zwei Trichophytiegruppen nicht unterscheiden kann. Vielmehr produzieren die Pilze Sporen verschiedener Größe, je nach der verschiedenen Zusammensetzung des Nährbodens, seinem Feuchtigkeitsgehalt, seiner Temperatur und dem Alter der Cultur, zu welchem Zwecke sich am besten die Kartoffel empfiehlt. Ebenso ist die strenge Unterscheidung zwischen Trichophyton Endothrix und Ektothrix nicht durchführbar. Sicher ist mithin heute, wie wir im Gegensatz zu Sabouraud betonen müssen, daß eine und dieselbe Trichophytonart die verschiedenen klinischen Bilder des Herpes tonsurans und des Kerion Celsi hervorbringen kann, was a priori auch bereits nach dem klinischen Studium das Wahrscheinlichste war.

Die Therapie dieser Erkrankung ist meist keine leichte, zumal sie sich über eine längere Zeit erstrecken muß. Das souveränste Mittel ist natürlich die Epilation, denn durch dieselbe werden in kurzem die in den Haaren befindlichen Trichophyten am besten entfernt. Statt der Epilation ist auch das von Quinquaud empfohlene Curettement recht praktisch, indem man mit einem scharfen Löffel alle Oberhautschichten und Haare auf der erkrankten Fläche entfernt. Erst nach dieser kleinen Operation oder nach der Epilation wende man Umschläge mit einer erwärmten Sublimatlösung (1:1000) an. Die infiltrierten Partieen bedecke man mit einem Quecksilberpflastermull, und falls die Haut nicht zu stark gereizt ist, empfiehlt sich der Gebrauch einer 10%igen Chrysarobin-Traumaticin-Lösung oder von Wilkinsonscher Salbe. Statt dessen verwendete Kaposi folgende Mischung:

Rec. Olei Rusci 15,0
Spir. sapon. kalin. 25,0
Lactis sulfur. 10,0
Balsami peruviani 1,5
Naphtoli 0.5
Spir. Lavandulae ad 100,0.

Da aber die Behandlung dieser Affektion lange Zeit in Anspruch nimmt, so ist es kein Wunder, wenn man versucht hat, auch mit andern Mitteln schneller zum Ziele zu kommen. So wurde neuerdings die Finsenbehandlung empfohlen, in anderen Fällen scheint sich das Formalin bewährt zu haben und Barbe (Soc. de Dermat. française, Juli 1898) empfiehlt folgende Mischung:

Rec. Monochlorphenyl 20,0
Alcohol abs. 80,0
Essent. lavand. 10,0.

Ist es aber erst zur Ausbildung eines richtigen Kerion Celsi gekommen, so scheint mir immer noch die Kataphorese mit Sublimat die besten Erfolge zu geben.

Die Einrichtung hierzu ist sehr einfach. Man braucht eine konstante Batterie von etwa 32 Elementen, einen Galvanometer zum Ablesen der Zahl der Milliampères und einen Rheostaten, um den Strom langsam einschleichen zu lassen. Es bedeutete entschieden

Digitized by Google

einen Fortschritt, als Meißner (Zeitschr. f. Elektrotherapie und ärztliche Elektrotechnik Januar 1899) uns durch seine wertvollen Experimente den überzeugenden Beweis brachte, daß die Kataphorese stets vom positiven Pol ausgeht. Wir nehmen zu dem Zwecke seinem Vorschlage gemäß als Elektroden einen kurzen Zylinder aus Hartgummi etwa von einem Durchmesser wie der eines Markstückes, welches durch eine Hartgummischeidewand in zwei gleiche Zellen geteilt und an der einen Seite ebenfalls durch eine Hartgummiplatte geschlossen ist. Durch diese Hartgummiplatte ragen zwei Platinspiralen in das Innere der Zellen und sind dort mit den Schwamm- oder Wattebäuschchen in leitende Verbindung gebracht: Nach außen sind die Platinspiralen mit je einer Klemmschraube in Verbindung gesetzt, welche die Verbindung mit den Leitungsschnüren bewerkstelligen. Der Hartgummizylinder befindet sich an einem Handgriff. Als Flüssigkeit verwenden wir eine 1—2 $^0/_0$ige Sublimatlösung, mit welcher die Elektroden zu tränken sind. Da aber, wie Meißner experimentell nachgewiesen hat, mit der Dauer der Stromeinwirkung die Wiederstandsvermehrung in dem Elektrolyten zunimmt, so müssen wir dafür sorgen, daß der Strom von Zeit zu Zeit seine Richtung wechselt. Zu diesem Zwecke hat er einen periodischen automatischen Stromwender konstruiert, welcher so eingerichtet ist, daß er den Strom in Zwischenräumen von 5 Minuten umkehrt. Betont muß also werden, daß beide Elektroden mit der einzuführenden Flüssigkeit armiert sein müssen. Außerdem müssen sich beide Elektroden auf der zu beeinflussenden Stelle der Körperoberfläche befinden, da sie wechselweise in Aktion treten. Ich lasse nun solche Kinder mit schwerem Kerion Celsi, wofür sich besonders diese Methode eignet, etwa 1 Stunde täglich mit dieser Sublimatkataphorese behandeln und sehe danach viel schnellere Erfolge als mit irgend einer anderen Behandlungsart.

Der schließliche Endausgang sowohl der Trichophytie wie des Kerion Celsi ist aber ein ganz befriedigender. Es kommt zu einer vollkommenen Heilung, ohne daß sich ein bedeutender Haarverlust einstellt. Es atrophieren zwar einzelne kleine Haarbezirke, diese fallen aber dem Gros gesunder Haare gegenüber nicht besonders in die Augen.

II. Referate.

Graham Little. Ein Fall von Dermatitis herpetiformis.

(Londoner derm. Gesellschaft, Sitzung vom 8. Oktober 1902.)

(The Brit. Journ. of Derm. Bd. 14 November 1902.)

Der Fall betraf ein gutgenährtes 10jähriges Mädchen, das vor 4 Monaten ohne ersichtliche Ursache an Armen und Beinen Blasen bekam. In kurzer Zeit verbreitete sich der Ausschlag fast über den ganzen Körper. Die Kopfhaut und Mundschleimhaut blieben frei. Jucken verursachte das Leiden gar nicht. Die Blasen waren verschieden groß und entwickelten sich zumeist auf scheinbar gesunder Haut. Ihr Inhalt war klar und bakterienfrei. Die Untersuchung

Digitized by Google

des Blutes ergab eine geringe Vermehrung der weißen Blutkörperchen und eine sehr bedeutende Zunahme der eosinophilen Zellen. Innerliche Gaben von Arsenik und Bepuderung der durch Punktion entleerten Blasen führten eine wesentliche Besserung herbei; jedoch konnte nicht verhindert werden, daß die Pat. immer wieder von frischen Eruptionen heimgesucht wurde. C. Berliner (Aachen).

W. A. Jamieson. Dermatitis vegetans.

(The Brit. Journ. of Derm. Bd. 14 November 1902.)

Ein 8jähriges, blasses, nervöses Mädchen bekam am linken Mittelfinger eine Entzündung des Nagels, der schließlich abfiel. Die Entzündung ergriff den ganzen Finger, den Handrücken, die Kopfhaut, die Labia majora und andere Körperstellen. Nach einem Jahre zeigten die erkrankten Partien eine erhabene, unebene, rauhe, granulierte, grauverfärbte, warzenartige, nässende Oberfläche. Die Primärefflorescenz war eine Papel, die pustulös wurde und schließlich eine vegetative Beschaffenheit annahm. Dieser Prozeß machte jede Effloreszenz durch, mit denen namentlich die Kopfhaut stark besät war. Das Allgemeinbefinden der Pat. war wenig gestört; sie klagte nicht so sehr über Jucken, als über Schmerzen bei Berührung der kranken Stellen. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein einer starken Eosinophilie. Mikroorganismen waren nicht nachweisbar.

Der Zustand besserte sich erst nach langen, vergeblichen Bemühungen unter Anwendung eines Wasserstoffsuperoxyd-Sprays und nachfolgender Einfettung der Haut mit Vaselin.

C. Berliner (Aachen).

Sequeira. Xeroderma pigmentosum.

(Londoner derm. Gesellschaft, Sitzung vom 7. Juli 1902.)

(The Brit Journ. of Derm. Bd. 14 August 1902.)

Die 5jährige Pat. ist in England als einziges Kind deutscher Eltern geboren. Der Vater, die Tante, sowie der Großvater väterlicherseits sind an Phthise gestorben.

Fünf Wochen nach der Geburt bekam das Kind am ganzen Körper, auch im Gesichte, ganz kleine, rote Knötchen, die vom Arzte für kongenitale Syphilis angesehen und daraufhin behandelt wurden. Der Ausschlag verschwand in einer Woche, hinterließ jedoch einen schuppigen Zustand, der besonders an der Stirn stark ausgeprägt war. Nach den Angaben der intelligenten Mutter nahm die Gesichtshaut des Kindes damals eine dunkle Farbe an. Sommersprossen waren es jedoch nicht. Erst als die Pat. 10 Monate alt war, wurde das Gesicht sonnverbrannt, zeigte stellenweise Hautrisse und zahlreiche Sommersprossen. Im Alter von 3 Jahren bekam das Kind an der rechten Wange eine Warze, die operativ entfernt wurde; ein Jahr später zwei ebensolche Warzen in der Nähe des rechten Auges. Seitdem sind noch mehrere aufgetreten.

Digitized by Google

Gegenwärtig ist das Gesicht und der Hals des ziemlich gut genährten Kindes dunkel und mit zahlreichen, hellbraunen, bis nahezu schwarzen Sommersprossen bedeckt. Man sieht außer diesen sehr kleine atrophische Hautstellen und vertiefte Narben, wo früher Warzen bestanden haben. Auf der Haut beider Wangen, wie der Nase sind zahlreiche, kleine Teleangiektasien vorhanden. An der Nase befinden sich außerdem drei verschiedene große Warzen. Die Kopfhaut ist trocken und schuppig; die Haut beider Vorderarme, wie der Beine ist trocken und dunkelbraun verfärbt. Sommersprossen sind nur an den Armen vorhanden.

Bekanntlich wird die Entstehung des Xeroderma pigmentosum auf den Einfluß der ultravioletten Strahlen des Sonnenlichtes zurückgeführt.

C. Berliner (Aachen).

Graham Little. Zwei Fälle von Urticaria pigmentosa.

(Londoner derm. Gesellschaft, Sitzung vom 8. Oktober 1902.)

(The Brit Journ. of Derm. Bd. 14, November 1902.)

Der eine Fall, ein 3jähriger Knabe, zeigte von Geburt an den makulösen Typus der Urticaria pigmentosa. Fast am ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichtes, der Kopfhaut, der Hände und Streckseiten der Arme bemerkte man verschieden große und ungleichmäßig verteilte, gelbbraune Flecken, die nur, wenn sie gekratzt wurden, anschwollen und eine mehr rosenrote Farbe annahmen. Es bestand Urticaria factitia. Das Leiden verursachte intensives Jucken. — Der zweite Fall wies den nodulären Typus auf. Er betraf einen 4 Monate alten Knaben, bei dem die ersten gelbbraun pigmentierten Tumoren am Körper einen Monat nach der Geburt bemerkt worden waren. Doch scheinen Anzeichen der Affektion schon bei der Geburt des Kindes vorhanden gewesen zu sein. Am stärksten befallen sind Stamm, Gesicht und Kopfhaut. Frische Effloreszenzen entwickeln sich zunächst als Flecken, die mehr und mehr über das Niveau der Haut hervortreten, namentlich wenn sie gekratzt werden, und die dann persistieren.

Erbliche Belastung war in keinem der beiden Fälle vorhanden.

C. Berliner (Aachen).

Savill. Idiopathische Prurigo.

(Derm. Gesellschaft von Großbritannien und Irrland, Sitzung vom 16. Juli 1902.)

(The Brit Journ. of Derm. Bd. 14, September 1902.)

Die Affektion bei dem 13jährigen Mädchen besteht seit 7 Jahren und ist charakterisiert durch harte Papeln, kleine urticariaähnliche Quaddeln, zahlreiche Kratzeffekte und durch ein intensives Jucken. Die bisherige Behandlung hat sich als erfolglos erwiesen.

In der Diskussion wird betont, daß die typischen Prurigoknötchen durch das Kratzen verändert und entstellt würden, und daß dadurch das ursprüngliche Krankheitsbild kaum wiederzuerkennen sei.

Therapeutisch werden Maßnahmen zur Hebung des Allgemein-

Digitized by Google

befindens und zur Kräftigung des Körpers empfohlen. Außerlich sollen lokale milde Applikationen, heiße Bäder, fleißiges Einfetten der Haut mit Öl, innerlich Kalomel, Sulfur, Ichthyol, Eisenpräparate zur Anwendung kommen. C. Berliner (Aachen).

D. Hirsch (Krakau). Kann das Diphtherieheilserum auch auf andere Krankheiten günstig einwirken?

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1902, Nr. 49.)

Ein $3\frac{1}{2}$ jähriges Kind bekam Hals- und Atembeschwerden. Obwohl objektiv nicht viel nachweisbar, machte H. doch, da in demselben Hause Kinder an Diphtherie krank lagen, zwei Seruminjektionen. Das anämische und schlecht genährte Kind zeigte an der Haut des Rumpfes ein ausgebreitetes Ekzem in verschiedenen Stadien, ein solches nahm auch den Kopf ein, außerdem fand sich hinter einem Ohre eine kindesfaustgroße Lymphdrüsengeschwulst, endlich an den Beinen Prurigo nebst zahlreichen Kratzeffekten. Diese Hautaffektionen bestanden schon seit längerer Zeit und waren von verschiedenen Dermatologen erfolglos behandelt worden. Nach den Seruminjektionen verschwanden sie rasch, ebenso die Lymphdrüsenschwellung, und gewann H. den Eindruck, daß das Serum hier therapeutisch eingewirkt haben muß. Grätzer.

Graham Little. Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris im Anschluß an die Vaccination.

(Londoner derm. Gesellschaft Sitzung vom 11. Juni 1902.)

(The Brit. Journ. of Derm. Bd. 14 Juli 1902.)

Die 9jährige Patientin soll die ersten Erscheinungen des Ausschlages als kleines Kind zur Zeit der ersten Impfung bekommen haben. Damals entstanden an den Impfstellen kleine, rote, mit Schüppchen bedeckte, juckende Knötchen, die das Bild eines Lichen ruber acuminatus vortäuschten. Der Ausschlag, der sich nach und nach über den ganzen Körper verbreitete, persistierte hartnäckig Jahre hindurch, bis er vor ca. 18 Monaten unter Arsenikmedikation, Bädern und Salbenbehandlung endlich verschwand. Gelegentlich der jetzigen Pockenepidemie in England wurde das Mädchen neuerdings geimpft. Einige Tage, nachdem die Impfstellen verheilt und die Krusten abgefallen waren, kam auf dem Grunde der Narben eine Gruppe typischer akuminierter Papeln zum Vorschein, die rasch die Extremitäten und den Rumpf ergriffen und durch Konfluenz große, schuppende Plaques bildeten. C. Berliner (Aachen).

S. E. Dore. Postvaccinale Psoriasis.

(Londoner derm. Gesellschaft, Sitzung vom 9. Juli 1902.)

(The Brit. Journ. of Derm. Bd. 14 August 1902.)

Der Verf. berichtet über drei erwachsene Pat., welche im Anschluß an die Revaccination Psoriasis bekamen. C. Berliner (Aachen).

Digitized by Google

R. Crocker. Folgeerscheinungen der Vaccination.

(Londoner derm. Gesellschaft, Sitzung vom 11. Juni 1902).

(The Brit Journ. of Derm. Bd. 14 Juli 1902).

1. Ein Fall von hypertrophischen Narben im Anschluß an die Impfung.

Der Fall betraf ein 12 jähriges Mädchen, das im Oktober 1901 geimpft worden war. Auf jeder der vernarbten Impfstellen entwickelte sich eine konvexe Narbengeschwulst, welche nicht den ganzen Bezirk einnahm, sondern einen etwa $^{1}/_{16}$ Zoll breiten Ring frei ließ.

2. Psoriasis im Gefolge der Vaccination.

Ein 15 jähriges im Oktober 1901 geimpftes Mädchen bekam einige Zeit später an den Vaccinationsstellen Psoriasisplaques und nach 14 Tagen ebensolche am Ober- und Unterarm derselben Seite. Die Pat. hat nie zuvor Psoriasis gehabt, noch war ein Fall in ihrer Familie vorgekommen.

Der erste Fall erklärt sich aus einer Disposition zur Keloidbildung. So hat man bei kleinen Mädchen, deren Ohrläppchen behufs Aufnahme von Ohrringen durchbohrt worden waren, an den Stichstellen taubeneigroße Geschwülste entstehen sehen.

Daß Psoriasis an lädierten Hautstellen (nach Kratzeffekten, Riß- oder Schnittwunden u. s. w.) sich entwickeln kann, ist eine Tatsache, auf welche Köbner hingewiesen hat.

C. Berliner (Aachen).

H. Wiggins. Keloidbildung auf Vaccinationsnarben.

(The Brit med. Journ. 27. September 1902.)

Der Verfasser berichtet über 2 Fälle, die ein 8 jähriges und ein 14 jähriges Mädchen betrafen. Einige Wochen, nachdem die Krusten von den vernarbten Impfstellen abgefallen waren, entwickelten sich auf dem Grunde der Narben Keloide, die im ersten Falle auf Druck schmerzhaft waren und exzidiert werden mußten.

C. Berliner (Aachen).

T. D. Acland. Die Kindersterblichkeit an Pocken und die Vaccination.

(The Brit. med. Journ. 14. Juni 1902.)

Der Verfasser hat statistische Daten aus früheren Pockenepidemien in England und der zur Zeit dort herrschenden zu einer Tabelle zusammengestellt, aus der hervorgeht, daß die Sterblichkeitsziffer bei Kindern unter 10 Jahren in sechs englischen Städten bald höher, bald niedriger war, je nach dem unter den pockenkranken Kindern weniger oder mehr Geimpfte sich befanden.

Newsholme weist aber in der Nummer vom 28. Juni 1902 nach, daß auch der mehr oder weniger maligne Charakter der Pockenepidemie an der größeren oder geringeren Sterblichkeit seinen Anteil hat, wie dies ja auch bei den anderen Infektionskrankheiten der Fall ist.

C. Berliner (Aachen).

Digitized by Google

P. Schenk (Berlin). Impfergebnisse und Impftechnik.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 42.)

Nach 5jähriger impfärztlicher Tätigkeit teilt S. seine an über 4000 Impflingen gemachten Erfahrungen mit, namentlich darauf hin, um das Verhältnis zwischen Impfreaktion und den sie beeinflussenden Agentien zu klären. Als Hauptresultat seiner Betrachtungen stellt er den Satz voran: Hinsichtlich der unerwünschten Begleiterscheinungen der Impfung ist Qualität und Quantität des eingeimpften Impfstoffes von der gleichen, wenn nicht von höherer Wichtigkeit, als die Impftechnik. Je wirksamer der Impfstoff, um so stärker die entzündliche Reaktion in der Umgebung der Pusteln. Diese Reaktion läßt sich durch Verringerung der eingeimpften Lymphmenge, aber nicht durch eine Impftechnik, welche allen Ansprüchen an Asepsis genügt, beseitigen. Das neben diesen durch den Impfstoff selbst hervorgerufenen entzündlichen Erscheinungen auch solche vorkommen, welche accidenteller Natur sind, d. h. durch nachträgliche Verunreinigung der Lymphe, durch Unsauberkeit des Impfinstrumentes, durch Beschmutzung der Impfstellen erzeugt werden, kann nicht geleugnet werden; nur darf gegen diese accidentellen Wundkrankheiten die Reizwirkung des Impfstoffes nicht als eine quantité négligeable hingestellt werden. Wie ungemein der Impfstoff in seiner Wirksamkeit variiert, ist bekannt. Will man die Reizerscheinungen vermeiden, so genügt es nicht, ein steriles Instrument zu verwenden, sondern man muß durch exakte Probeimpfungen die Minimaldosis der zur Erzeugung einer Pustel erforderlichen Lymphe feststellen. Diese Probeimpfungen sollten in der Lympherzeugungsanstalt ausgeführt werden, und auf jeder Begleitkarte müßte eine Angabe über die Stärke der Lymphe enthalten sein!

Freilich schwankt auch bei der gleichen Lymphe oft das Resultat. Das hängt aber von der eingeimpften Quantität und von der Konstitution der Impflinge ab. Nach Weichardt genügt bei einer besonders kräftigen Lymphe bereits 1 mg zum vollen Impferfolg, d. h. zu vier großen Erstimpfblattern. Da die Erstimpfung als erfolgreich gilt, wenn mindestens eine Pustel sich entwickelte, so kann man bei einer besonders kräftigen Lymphe also bereits 0,00025 als Minimaldosis bezeichnen. Jenner impfte nur eine Blatter ein. Man könnte ja ruhig zu diesem Verfahren zurückkehren. An sich würde ein 1—$1^1/_2$ cm langer Impfschnitt dieselbe Schutzkraft verleihen, wie 4 je 3 mm lange Schnitte. Die Versuchung zu wiederholtem Einstreichen der Lymphe fiele bei einem Impfschnitt fort; gleichzeitig bedeutete diese Vereinfachung der Impfung einen wichtigen Schritt gegen Überdosierung. Man rechnet jetzt auf 50—100 Impfungen 1 ccm Lymphe, also auf eine Impfung das 40—80fache der Minimaldosis von 0,00025. Macht man die Impfschnitte höchstens 0,5 cm lang und begnügt sich damit, die Lymphe gleichzeitig mit dem Ritzen der Haut einzuimpfen, also jedes wiederholte Einstreichen zu unterlassen, so wird die Menge der eingeimpften Dosis meist unter 0,01 bleiben. Bei Wiederimpflingen mit ihrer

Digitized by Google

dickeren Haut legt man naturgemäß die Schnitte länger an. Und dabei ist für die schon einmal geimpften 12 jährigen Kinder die Erstlingsimpfdosis eigentlich überreichlich. Denn mit der kräftigeren Konstitution steigert sich der Impferfolg, das ist unzweifelhaft. Schwache oder keine Reaktion fand S. am häufigsten bei schwächlichen, anämischen Erstimpflingen mit torpider Haut; wohlgenährte, mit entsprechendem Turgor der Haut zeigten gewöhnlich kräftige Reaktion. Jedenfalls haben die Beobachtungen ergeben, daß strengste Asepsis bei und nach der Impfung an sich keine Gewähr für das Ausbleiben von Reizerscheinungen gibt. Wollen wir diese verhindern, so müssen wir strengere Anforderungen an die Valenzbestimmung der Lymphe stellen. Grätzer.

L. Stumpf. Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1901.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 48—50.)

Verf., k. Zentralimpfarzt, gibt einen sehr eingehenden und übersichtlichen Bericht, der alle in Betracht kommenden Verhältnisse beleuchtet und viele interessante Einzelheiten enthält. Grätzer.

W. Arnold Thomson. Übersicht der Impfgesetze in den Hauptstaaten und Kolonien der Welt.

(The Brit. med. Journ. 27. September 1902.)

Der Verf. rekapituliert in kurzen Auszügen die Gesetzesakte, welche in den größeren Ländern und Kolonien zur Einführung der Schutzimpfung erlassen worden sind, und bespricht deren Wirkung auf die Mortalität an Pocken. C. Berliner (Aachen).

Keïsuke Tanaka (Akita-ken, Japan). Zur Erforschung der Immunität durch die Vaccination.

(Centralblatt für Bakteriologie 1902 Bd. 32, Nr. 10.)

Um eine event. eingetretene Immunität nach der Vaccination zu ermitteln, unterzog Verf. Erstimpflinge einer Verimpfung an einem Oberarm und danach in einer Zwischenzeit von 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Tagen einer Nachimpfung am anderen Oberarm.

Die Pusteln bei der Nachimpfung waren auch bei den ersten Nachimpfungen verkümmert, etwa vom 9. Tage an trat kaum mehr eine Entwickelung von Pusteln bei der Nachimpfung auf, so daß um diese Zeit eine Immunität eingetreten sein muß. Wie die Tabellen zeigen, kann der Anfangstermin der eingetretenen Immunität um einige Tage schwanken. R. O. Neumann (Kiel).

Keïsuke Tanaka (Akita-ken, Japan). Über die Untersuchung des Pockenerregers.

(Centralblatt für Bakteriologie 1902, Bd. 32, Nr. 10.)

Die vom Verf. seit vielen Jahren gemachten Beobachtungen bei der Lymphuntersuchung ließen ihn zu der Vermutung kommen, daß

Digitized by Google

der Erreger der Pocken unter keinen Umständen ein Bakterium sei, vielmehr glaubt er, daß der Erreger wahrscheinlich zu den Plasmodien zu rechnen ist, da in der klaren Flüssigkeit der Impfpustel, besonders während des 5. und 7. Tages, wenn die Lymphe die größte Wirksamkeit entfaltet, nichts von irgend welchen Elementen darin zu finden ist. Ein weiterer Punkt, der Verf. zu seiner Annahme führte, war die Beobachtung des Koagulationsphänomens der Vaccinelymphe in dem Exsudat der an Pocken erkrankten Personen. Es gelangte zufällig in seine Behandlung ein Pat. mit exsudativer Pleuritis, der vor 25 Jahren Pocken überstanden hatte. Das Exsudat, welches steril entnommen in Kölbchen aufbewahrt wurde, zeigte nach einiger Zeit in der Mitte der Flüssigkeit ein gallertartiges Gerinnsel; wurde nun dieses Gerinnsel mit einer geringen Menge betropft und im Brutschrank aufbewahrt, so sah einige Tage später die Lymphe wie gekocht aus und war in eine geronnene Masse verwandelt. Verf. glaubt hierin eine ähnliche Erscheinung zu sehen wie in der Gruber, Widal, Pfeifferschen Reaktion und schließt daraus, daß der Pockenerreger vermöge seiner teilbaren Form sich überall im Organismus verbreiten könne und demnach auch in einem pathologischen Exsudat vorhanden sei.

Die Bestätigung dieser Hypothese bleibt freilich abzuwarten.

R. O. Neumann (Kiel).

E. Marx und A. Sticker. Untersuchungen über das Epithelioma contagiosum des Geflügels.

(Aus dem kgl. Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 50.)

Unter den Infektionskrankheiten der Menschen und Tiere gibt es eine ganze Reihe, deren Erreger auch heute noch unbekannt sind. Zu diesen Krankheiten gehört auch die Geflügelpocke.

Derselben wandten die Verff. seit einiger Zeit ihr Interesse zu, vornehmlich aus dem Grunde, weil hier der infektiöse Prozeß unter einer exquisiten Mitbeteiligung des Epithels verläuft. Dieser Umstand ließ das Studium der Geflügelpocke möglicherweise als bedeutungsvoll einmal für die Karzinomforschung, dann aber auch für das Studium des Molluscum contagiosum, der Darierschen Krankheit, sowie der Menschen- und Schafpocke erscheinen. Bei allen diesen Krankheiten werden ja Epithelmetamorphosen beobachtet, welche durch das Auftreten eigentümlicher Epithelkörperchen charakterisiert sind. Besondere Namen haben diese bei dem Molluscum als Molluscumkörperchen und bei der Menschenpocke als Guarnierische Korperchen erhalten.

Die Untersuchungen ergaben nun folgende Resultate:

1. Das Virus der Geflügelpocke gehört in die Gruppe der filtrierbaren Krankheitserreger.

2. Keiner der bisher als Erreger der Geflügelpocke beschriebenen Parasiten kommt demgemäß in Betracht.

Digitized by Google

3. Das Virus zeichnet sich gegen viele Eingriffe durch große Resistenz aus. Dasselbe verträgt völlige Eintrocknung und mehrwöchentliches Aussetzen dem diffusen Tages- und dem Sonnenlicht; längere Einwirkung einer Temperatur von minus 12 Grad; dreistündiges Erwärmen auf 60°; einstündige Erwärmung auf 100°, falls dasselbe vorher eingetrocknet und im Vakuumröhrchen eingeschmolzen war; endlich mehrwöchentliches Aufbewahren in Glyzerin. Empfindlicher ist es gegen die Einwirkung von Karbol, welches es in 2%iger Lösung vernichtet.

4. Das Virus der Taubenpocke erleidet schon nach einmaliger Passage durch das Huhn, auf welches es sich anstandslos übertragen läßt, eine derartige Veränderung, daß es nicht mehr auf Tauben überimpfbar ist, entsprechend dem Verhalten der originären Hühnerpocke.

5. Das Überstehen einer einmaligen ausgedehnten Erkrankung verleiht Immunität. Grätzer.

Norbert Swoboda (Wien). Zur Lösung der Variola-Varicellenfrage.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 47 und 48.)

S. zeigt den Unitariern, daß sie mit Unrecht auf ihrem Standpunkt beharren, er zeigt aber auch den Dualisten, daß sie oft eine ganz ungeschickte Beweisführung zu Gunsten ihrer Ansicht ins Treffen führen. Es gibt keinen prinzipiellen Unterschied zwischen Variola und Varicellen in Bezug auf morphologische Eigenschaften und klinischen Verlauf im sporadisch auftretenden Fall; Varicellen treten z. B. namentlich bei Erwachsenen oft so auf, daß sie in nichts von schweren Pocken sich unterscheiden. Der Fall Hochsingers, wo scheinbar von Varicellenfällen ein Fall echter Variola herstammte, erklärt sich auf diese Weise. Es handelte sich eben um Varicella varioliformis. Auch S. schildert eine solche Beobachtung, und alle Fälle, die von Unitariern nach dieser Richtung hin verwertet werden, verhalten sich ebenso.

Es bleibt nur die Ätiologie als Unterscheidungsmerkmal von Variola nnd Varicella übrig. Einen Fall, in welchem direkte oder indirekte Ansteckung durch einen Variolakranken sichersteht, rechnen wir zur Variola, mag er nun verlaufen wie Variola oder wie Varicella. Ebenso muß man einen einzelnen, gerade so wie Variola verlaufenden Fall als eine schwere Form von Varicella betrachten, wenn ein Zusammenhang mit einem Variolafall ausgeschlossen ist. Unentschieden bleibt die Diagnose in jenen Fällen, wo beiderlei Infektion möglich war, also wenn an einem Orte beide Krankheiten gleichzeitig herrschen. Die Diagnose Varicellen tritt hier erst zu Tage, wenn kurz darauf Impfung haftet oder echte Blattern acquiriert werden, was leider häufig als Folge der prophylaktischen Isolierung im Blatternspital geschieht.

Die Fälle von Varicella varioliformis haben großes theoretisches

Digitized by Google

Interesse: sie entkräftigen den einzigen in Betracht kommenden Einwand der Unitarier, daß Variolafälle von Varicellen herstammen können, zweitens reduzieren sie sehr die von den Impfgegnern oft zitierten Fälle, daß eine Person sowohl kurz nach überstandenen Blattern, als auch kurz nach der Impfung wieder Blattern bekommen kann. Sie haben aber auch großes praktisches Interesse. Was soll der Arzt tun, wenn er zu einem Fall geholt wird, der ganz so aussieht wie Variola, bei dem aber nicht einmal die Möglichkeit der direkten oder indirekten Infizierung durch Variolakontagium vorliegt; wenn seit vielen Jahren weit und breit nichts von Variola zu hören ist, und an eine Einschleppung nicht zu denken ist? Strenge Isolierung und Desinfektion, aber nicht die Bevölkerung alarmieren, Massenimpfungen inszenieren u. s. w.; wodurch der Arzt nur bloßgestellt wird, sich Haß und Feindschaft zuzieht, vor allem nicht ins Blatternspital schaffen, wo Pat. sich erst infiziert. Wo der begründete Verdacht vorliegt, daß es sich um Varicella handelt, sollten wenigstens die nicht lange vorher mit Erfolg Vaccinierten überhaupt nicht ins Blatternspital gebracht werden, die Ungeimpften oder schon vor längerer Zeit Geimpften aber unbedingt sofort geimpft werden! Grätzer.

J. M. Day. Das Inkubationsstadium der Varicellen.

(The Brit. med. Journ. 21. Juni 1902.)

Der Verf. zeigt an einer Krankengeschichte, daß das Inkubationsstadium für die Varicellen, wie Trousseau es annimmt, ca. 27 Tage beträgt. C. Berliner (Aachen).

L. Bernhard und **M. Blumenthal.** Zur Kenntnis der kongenitalen Elephantiasis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 40.)

Bei dem jetzt 2jährigen Knaben wurde gleich nach der zur rechten Zeit erfolgenden Geburt eine Anschwellung der linken unteren Extremität konstatiert, die Genitalien wiesen normale Form auf. Nach 14 Tagen wurde eine bestehende Phimose operiert, schon einige Wochen nachher erlangten die Genitalien, die sich während der Wundheilung zu verändern begannen, den jetzigen Zustand.

Bei der Besichtigung der unteren Extremitäten fällt die ungemeine Anschwellung der linken auf. Der linke Fuß ist polsterartig verdickt. Die Verdickung nimmt unmittelbar oberhalb der Malleolen stark ab, um alsdann wieder zu einem beträchtlichen Volumen anzuschwellen. Die Schwellung geht auf den Oberschenkel und von da auf die Genitalien fort. Der Penis ist in der geschwollenen Hautmasse völlig verschwunden, so daß man ihn suchen muß. Das durch die Phimosenoperation gespaltene Präputium bildet eine kleinapfelgroße Geschwulst, welche die gesamte Haut des Penis verzogen hat und das Scrotum total bedeckt, so daß letzteres erst nach dem Aufheben der Präputialgeschwulst als normales Gebilde zum Vorschein kommt.

Die genaueren Untersuchungen ergaben folgendes: Es lag einer der seltenen Fälle von angeborener Elephantiasis vor, die äußerlich dem Bilde der erworbenen völlig glich. Mikroskopisch fand man neben der diffusen fibromatösen Wucherung des Bindegewebes auch Lymphangiektasien kleinsten Umfanges in zahlreicher Menge vor. Die vorhandenen Furchenbildungen (an den Zehen und oberhalb

Digitized by Google

der Malleolen) waren keine amniotischen, sondern entsprachen den normalen Anheftungsstellen der Fascien oberhalb der Gelenke. Ätiologisch kamen weder Heredität noch entzündliche Prozesse in Betracht, ebensowenig ergab die bakteriologische Untersuchung der Gewebssäfte der elephantiastischen Teile ein positives Resultat. Vielmehr blieb nur die Auffassung des Prozesses als angeborener Geschwulstbildung (Lymphangioma) übrig, die vielleicht ihren Grund in einem Bildungsfehler des Saftbahnsystems hatte.

Grätzer.

Ch. E. Murphy. Kongenitale Harnröhrenstriktur.

(The Brit. med. Journ. 13. September 1902.)

Der Verf. wurde zu einem 24 Stunden alten Kinde gerufen, das seit der Geburt noch keinen Urin gelassen hatte. Bei der Untersuchung erwies sich die Vorhaut nur schwach entwickelt, das Orificium urethrae war weiter als normal. Ein elastischer Katheter No. 1 stieß etwa einen Zoll von der Harnröhrenmündung entfernt auf vollständigen Verschluß, der durch die Urethrotomia interna gehoben wurde. Das Kind überstand die Operation sehr gut und kann seitdem in normaler Weise urinieren.

C. Berliner (Aachen).

Palm (Göttingen). Kongenitale Vergrößerung einer normal gebauten Niere bei Defekt der anderen: ein Beweis für die Tätigkeit der Nieren im embryonalen Leben.

(Archiv für Gynäkologie Bd. 66 Heft 2.)

In der Einleitung bringt Verf. eine Zusammenstellung der wichtigsten sich für die Nierensekretion während des fötalen Lebens aussprechenden Arbeiten. In seinem Falle handelte es sich um ein nicht ausgetragenes Kind von 2100 g Gewicht und 43 cm Länge, das nach der Geburt einen Nabelschnurbruch von Kleinapfelgröße, eine Atresia ani, eine Verbildung der äußeren Genitalien und eine Beckenspalte aufwies. Bald nahm man auch eine Kloake wahr. Der Nabelschnurbruch wurde operiert. Von der vierten Woche ab verfiel das Kind und starb am 28. Tage u. s. w. Bei der Sektion zeigte sich, abgesehen von den Mißbildungen, daß der linke Urether völlig fehlte; die linke Niere wurde erst nach genauer Untersuchung an normaler Stelle bedeutend verkleinert (etwa pflaumenkerngroß) gefunden. Die rechte Niere dagegen zeigte sich beträchtlich vergrößert. Sie war 15 g schwer, also im Verhältnis zum Gesamtgewicht des Kindes (1740 g) etwa um $^1/_3$ zu schwer. Mikroskopisch zeigte diese vergrößerte Niere ein durchaus normales Bild. Durch Versuche an Kaninchen stellte Verf. des weiteren fest, daß die in der Zeit nach der Geburt physiologisch auftretende Gewichtsvermehrung der Nieren bedeutend gesteigert wird, wenn man eine Niere exstirpiert. Die andere Niere zeigt dann eine deutliche Kompensationshypertrophie. Bei diesen Nieren, deren Vergrößerung erst nach der Geburt sich ausbildet, finden sich im Gegensatz zu seinem Falle deutliche mikroskopische Veränderungen, Verbreiterung der Rindenzone, Vergrößerung der Glomeruli und meist

Digitized by Google

Hypertrophie der Harnkanälchen. Aus dieser Verschiedenheit der histologischen Beschaffenheit schließt P., daß in seinem Fall eine extrauterin entstandene reine Hypertrophie nicht vorliegen und daß die Vergrößerung der Niere nur intrauterin entstanden sein kann. Außerdem fand er eine größere Zahl von Nierenläppchen (9), während er sonst nicht über sechs nachweisen konnte. Diese Mehranlage kann gleichfalls nach seiner Ansicht nur während des intrauterinen Lebens stattgefunden haben.

Schließlich weist P. nach, daß die Vergrößerung der rechten Niere nur in der verstärkten Arbeitsleistung während des fötalen Lebens ihre Ursache haben kann und daß insbesondere der Nabelschnurbruch zu ihr in keiner ursächlichen Beziehung steht.

Marx (München).

Fr. Hanszel. Ein kongenitaler Rachenpolyp.

(Aus Prof. Chiaris Klinik in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 50.)

Bei der Besichtigung des Rachens des 19jährigen Dienstmädchens fiel sofort zweierlei auf: linkerseits knapp an der seitlichen Pharynxwand ein Tumor von der Größe eines Kleinfingergliedes und das Fehlen des linken hinteren Gaumenbogens. Der Tumor war wenig beweglich, reichte mit seiner Kuppe auch bei herabhängendem weichem Gaumen in den oralen Pharynx herab, von der linken seitlichen Rachenwand nur einige Millimeter entfernt, verjüngte sich nach aufwärts, erschien von glatter, mattglänzender, düsterroter (an einer Stelle bläulichroter) Oberfläche und von derber Konsistenz. Postrhinoskopisch war als Anheftungsstelle die seitliche und knapp unterhalb des Tubenwulstes befindliche Partie des Nasenrachenraumes festzustellen. Während die rechte Gaumenmandel etwas zwischen den Gaumenbögen hervorragte, war von der linken fast nichts zu sehen. Der harte Gaumen durchaus normal, der weiche insofern asymmetrisch, als eben der linke hintere Gaumenbogen vollständig fehlte. Sonst alles normal.

Beim ersten Aspekt hielt H. den Tumor für einen adenoiden. Nach der Palpation mußte man an ein Fibrom, bei der an einer Stelle bläulichdurchschimmernden Farbe an ein Angiofibrom denken. Der Versuch, den Tumor mit einer starken Drahtschlinge abzutragen, gelang nicht, man konnte ihn nicht durchschnüren, so daß H. ihn noch oberhalb der Schlinge mit einem Scherenschlage knapp an der Ansatzstelle entfernte. Die Blutung war gering, und man konnte sehen, daß jene Stelle an der Plica salpingo-palatina sich befand, längsoval war und im Längendurchmesser 5 mm betrug.

Der exstirpierte Tumor war $2^1/_2$ cm lang und maximal 1 cm breit. Die histologische Untersuchung ergab: Unter mehrschichtigem Plattenepithel ein mit Papillen besetztes Korium, Talgdrüsen in großer Menge, Härchen von verschiedener Größe, Schweißdrüsen, quergestreifte Muskelfasern mitten in dichtes Fettgewebe eingelagert, — also den typischen Bau dermoider Geschwülste.

In den bisher beschriebenen Fällen von kongenitalen Polypen fand sich nie eine anderweitige Mißbildung vor; hier das Fehlen des gleichseitigen hinteren Gaumenbogens. Außerdem war bemerkenswert die Anheftungsstelle an der Plica salpingopalatina.

Die meisten Beobachtungen dieser Art wurden bei Föten, Neugeborenen und in den ersten Lebensjahren gemacht, nur in 2 Fällen später: bei einem 20- bezw. 13jährigen Mädchen.

Differentialdiagnostisch kommen in Frage: Fibrome, Angiofibrome, adenoide Tumoren, akzessorische Tonsillen, Lipome; bei obigem Falle wäre bei der geringen Entwickelung der linken Tonsille auch an eine Tonsilla aberrata zu denken gewesen.

Grätzer.

Digitized by Google

M. Penkert. Über idiopathische Stauungsleber (Verschluß der Venae hepaticae).

(Aus dem Patholog. Institut in Greifswald.)

(Virchows Archiv Bd. 169 Heft 3.)

Die Beobachtung betrifft einen 22 Monate alten Knaben. 4 Wochen vor Eintritt in die Behandlung Zunahme des Leibesumfanges und Atemnot. Stuhlgang nur durch Abführmittel und Einläufe erzielt. Bei der Untersuchung: Leib stark aufgetrieben. Der Perkussionston auf der Höhe des Abdomens hell und tympanitisch, in den abhängigen Teilen gedämpft. Fluktuation vorhanden, Ascites. Ödeme bestehen nur an der Bauchhaut. Auf dem Abdomen ein ausgesprochenes Caput medusae. — Eine sichere Diagnose konnte nicht gestellt werden, es wurde ein fraglicher Lebertumor angenommen. Bei der Punktion des Ascites entleerten sich 3—4 Liter stark eiweißhaltiger Flüssigkeit (keine Echinokokkenbestandteile). Da bald wieder eine starke Auftreibung des Leibes sich einstellte (bis zu 70 cm Leibesumfang), wurde zur Laparotomie geschritten, die jedoch neben einer hochgradigen Stauungsleber keinen besonderen Befund ergab. Nach ungefähr einem Monat erfolgte der Exitus. — Die Sektion klärte das Krankheitsbild auf: weder die linke, noch die rechte größere Vena hepatica ist deutlich ausgesprochen; ihr Lumen, im Anfang für ein Roßhaar durchgängig, versiegt sehr bald. Die enorme Stauungsleber ist also bedingt dadurch, daß dem Blute die normalen, ableitenden Wege verschlossen waren. Als Collateralbahnen waren vorhanden kleine Gefäßchen des Ligamentum coronarium dextr. und sin. und vor allem die offen gebliebene Vena umbilicalis, die für eine feine Sonde vollkommen durchgängig war. (Hierdurch erklärt sich auch, daß das Kind ein Alter von 22 Monaten erreicht hat, und die Krankheitssymptome allmählich sich einstellten und verschlimmerten.) Einen ähnlichen Fall beschreibt Gee (Complete obliteration of the mouths of the hepatic veins. St. Bartholmews Hospital Reports VII, 1871): ein 17 Monate altes Kind zeigte seit 3 Monaten eine zunehmende Anschwellung des Leibes. Der Nabel war normal verheilt. Gelbsucht war nie vorhanden. Punktion des Ascites. Tod nach kurzer Zeit an Erschöpfung. Die Autopsie zeigte, daß die Lebervenen kurz vor Eintritt in die Cava endigen und wie durch eine dünne Membran verschlossen sind. Gee glaubt, daß die Leber ursprünglich gut ausgebildet und später cirrhotisch geworden sei. Dadurch, daß die Cirrhose von der Kapsel auf die Lebervenen überging, sei die Verengerung und Obliteration der Lebervenenmündungen erfolgt. — Während bei den in der Literatur erwähnten 10 Fällen, welche ältere Individuen von 16—52 Jahren betreffen, das Krankheitsbild als eine Folge einer Entzündung der Leberkapsel oder einer fötalen, interstitiellen Hepatitis, einer kongenitalen Lues, zu betrachten ist, hält Verf. in seinem und Gees Fall den Verschluß der Lebervenen durch eine kongenitale Anomalie bedingt und nennt diese, bisher fast unbekannte Krankheit idiopathische Stauungsleber.

Schridde (Erlangen).

Digitized by Google

P. Strafsmann (Berlin). Der Verschluß des Ductus arteriosus (Botalli).

(Hegars Beiträge VI. I. 1902).

Der Referent hat schon als Student vor nahezu 2 Jahrzehnten eine gekrönte Preisschrift „Über die Veränderungen“ verfaßt, „welche die fötale Herztätigkeit regelmäßig durch die Geburt erfährt“. Es hat ihn daher das vielseitige Interesse, welches jüngere Autoren diesen Fragen entgegen bringen, veranlaßt, altes, unbenütztes Beobachtungsmaterial doch noch zu verwenden und für den internationalen Gynäkologenkongreß zu Rom von 1902 einen Vortrag „Über Fötalkreislauf“ zu verfassen. Die Arbeiten von S. und Röder finden den vollen Beifall des Referenten und auch die vorliegende, vorwiegend polemische Arbeit S.s hat ihn überzeugt, daß Scharfe sich irrte.

Schultze hatte im „Scheintod Neugeborener“ die logische Forderung aufgestellt, daß ein mechanischer Verschluß des schon von Galen beschriebenen, also fälschlich nach Botalli benannten, Ductus arteriosus an dessen Aortenmündung bestehen müsse, da sonst nicht einzusehen wäre, warum nicht das Blut aus der Aorta schon bald nach der Geburt durch den Ductus lungenwärts, also umgekehrt gerichtet, hindurchfließen müßte. Unmittelbar mit dem Eintritt der Atmung muß bekanntlich der Blutdruck in allen Gefäßen des intrathorakalen Raumes sinken; denn einmal hat der Thorax eine andere Ruhestellung eingenommen, welche, wie das Kollabieren der Lungen bei Eröffnung des Thorax beweist, während des ganzen extrauterinen Lebens und darüber hinaus einen negativen Druck in diesem Raume erhält, dann aber sind die Lungen entfaltet worden und die der Respiration dienenden Kapillarnetze in den Alveolen haben sich eröffnet, erweitert.

Dadurch vor allem wird das Blut aus dem rechten Bulbus arteriosus in die Lungen hineingesogen und der Ductus arteriosus kann sich zusammenziehen. In ihrer weiteren Tätigkeit gleichen nun die Lungen einem Schwamm, welcher sich aus dem rechten Herzen vollsaugt und in das linke Herz entleert. Dadurch steigt der Druck bald wieder im linken Vorhof, die Valvula foraminis ovalis legt sich an und verhindert ein Zurückfließen in die unter viel geringerem Drucke stehende V. cava inf., während eine schiefe, ureterähnliche Einmündung mit kräftigem Muskelbündel darüber während der Vorhofskontraktion den Rückfluß in die Lungen hindert.

Durch diese Ordnung der Dinge steigt der Druck in der Aorta schon bald wieder, während er im Stamme der A. pulmonalis namentlich bei der Inspiration negativ sein muß. Diesen von Schultze verlangten Verschluß hat S. in seinen im Jahre 1894 veröffentlichten Arbeiten anatomisch nachgewiesen und mittels gemeinsam mit Prof. Zuntz angestellten Injektions- und Durchspülungsversuchen als funktionsfähig bestätigt. Wiederum ist es die schiefe ureterähnliche Einmündung mit langhin zugeschärftem Saum, welche wie eine Klappe funktioniert und vom Beginn des Überdruckes in der Aorta bis zur vollendeten Gewebsobliteration (nach Wochen) den Abschluß bewirkt.

Digitized by Google

Cohnstein und Zuntz haben früher den Verschluß in histologischen Eigentümlichkeiten des Ganges, wie auch der Arteriae umbilicales, gesucht, und Referent hat in einem Anhang zu Preyer, „Physiologie des Embryo“ dagegen polemisiert. Destomehr erfüllt es ihn jetzt mit Freude, daß der Verschluß gefunden ist und Referent zustimmen kann. Diese schiefe ureterähnliche Einmündung kehrt in den dem Fötus eigentümlichen Zirkulationseinrichtungen öfters wieder; abgesehen von den Lungenvenen, ist die Valvula for. ovalis und die Valvula Eustachii nichts weiter als eine solche schiefe Einmündung der unteren Hohlvene in den linken und rechten Vorhof, und Ref. ist der Überzeugung, daß auch an den Umbilicalarterien sich ähnliche anatomische Verhältnisse finden werden, denn sonst könnten nicht die Nabelnachblutungen nur bei Störung der Respiration, also bei Sinken des Druckes im Arteriensystem, erfolgen. Trotz der beweisenden Experimente von Zuntz und S. glaubte nun Scharfe die Beweiskraft von S.s Deduktionen anzweifeln zu müssen, auf Grund von folgendem Versuch: Zwei irrigatorähnliche Gefäße werden *A* mit roter, *B* mit blauer Flüssigkeit gefüllt. Der Irrigatorschlauch ist so dünnwandig, daß er kein Lumen hat, sondern die Wände liegen mit Kapillarspalt aneinander. Die beiden Schläuche werden mittels gläsernen T-Stücken und einem Querschlauch miteinander verbunden, nur daß das T-Stück bei *A* rechtwinkelig aus-, bei *B* spitzwinkelig einmündet. Vier Klemmen, je eine oberhalb und unterhalb des T-Stückes ermöglichen die Regulierung. Die Weichheit und Dünnheit des Schlauches gestattete ein ventilartiges Aneinanderlegen der Wandungen.

Läßt man bei gleichem Druck (gleiche Höhe der Gefäße, gleiche Höhe der Schlauchmündungen) beiderseits ausströmen, so schwankt die Flüssigkeit im Querschlauch hin und her. Erhöht man den Druck bei *A*, so strömt rote Flüssigkeit zu *B* und violette wird daselbst entleert. Erhöht man bei *B*, so geschieht auffallenderweise das gleiche.

Folglich, schließt Scharfe, müßte der erhöhte Druck in der Aorta die Entleerung des Blutes aus dem Ductus arteriosus begünstigen und nicht die Mündung verschließen.

S. wiederholte das Experiment und fand die Tatsachen bestätigt, allerdings erst, nachdem ihm Scharfe selbst die Quelle des dünnwandigen Gummischlauches angegeben hatte. Als innere Fehler des Versuches erkannte er jedoch: 1. die Starrheit der Wandung bei der schiefen Einmündung, welche einen Ventilverschluß gerade hier unmöglich machte; 2. die Saugwirkung des Schlauchendes unterhalb des T-Stückes und 3. den (dünnwandigen) Ventilschlauch am „Ductus“.

Bei einer Nachbildung des Apparates ohne Glasstücke erkannte er, daß ein Winkel von 40° als Minimum gewählt werden muß, sonst kommt es zu keiner Ventilwirkung, womit der Winkel harmoniert, welchen Röder für die Einmündung des Ductus (33°) in die Aorta gefunden hat.

Es werden dann noch die beiden Fälle von Röder aus Schmorls pathologischem Institut in Dresden angeführt, bei welchem sich ein

Digitized by Google

Aneurysma: in dem einen ein A. dissecans, im anderen ein Dilatations-Aneurysma beim Neugeborenen ausgebildet hatte und geborsten war.

Gern erkennt Referent an, daß diese seltenen Fälle vereint mit Notizen bei Zweifel, Kehrer, Schnitzler u. s. w. beweisen, daß diese mühsamen Untersuchungen nicht nur eine akademische Bedeutung, sondern auch eine pädiatrische praktische haben, über die Genese der Aneurysmen ist er anderer Meinung.

Beide Autoren lassen durch Stauungen den Druck in der Aorta sich exzessiv steigern und dadurch die Aortenmündung des Ductus sich wieder öffnen, wobei der Limbus an der schiefen Einmündung klappenförmig in den Ductus eingestülpt wird, genau wie in der 3. Serie von Experimenten S.s und in denjenigen Röders, wo bei 90 mm Hg am Manometer trichterförmige Erweiterung und beginnende Aneurysmabildung eintrat und bei 140 mm Hg das letztere platzte.

Nach den von Röder gegebenen Abbildungen ist aber nicht die Aortenmündung, sondern die pulmonale die weitere, nicht umgekehrt, wie S. annimmt. Auch ist nichts von der segelartigen Einstülpung des „Limbus" beschrieben.

Ref. ist vielmehr der Anschauung, daß die vielfachen Erscheinungen der Stauung und Zirkulationshemmung in den Obduktionsberichten rein venöse Stase und Gewebsasphyxie darstellten, hervorgerufen durch mangelhafte Tätigkeit der Lungen.

Es fehlte in diesen Fällen jene Tätigkeit der letzteren, welche ich oben derjenigen eines Schwammes verglichen habe, welcher sich von rechts her vollsaugt und nach links sich ausdrückt und welche allein den Druck in der Pulmonalis mindert, in der Aorta steigert. Durch die Respirationsstörungen sank der Druck in der Aorta, stieg derjenige in der Pulmonalis und der in Obliteration begriffene Ductus wurde wieder erweitert, aneurysmatisch dilatiert und zuletzt zum Bersten gebracht.

Ref. hebt dies deshalb an dieser Stelle so hervor, weil es für die Therapie von Wichtigkeit ist. Vertiefung der Respiration kann man durch kalte Übergießungen im warmen Bade erreichen, Atelektasen durch Schultzesche Schwingungen, Sylvestern u. s. w. bekämpfen. Ob in den beiden obduzierten Fällen viel zu erreichen gewesen wäre, ist zweifelhaft, war doch das Gewicht in dem einen Falle. um 1000 im anderen um beinahe 2000 unter dem Durchschnitt. Da werden die Rippenknorpel noch zu weich gewesen sein, um die Respiration dauernd günstig beeinflussen zu lassen. Die Struma congenita des einen Falles, welche die normale Schilddrüse an Größe nur um das Dreifache übertraf, wäre wohl kaum ein Hindernis gewesen.

Nur nebenbei sei bemerkt, daß ein so seltener Fall von Struma congenita, wo die Größe der Struma die Größe des Kindeskopfes erreichte und welche noch außerdem zu Gesichtslage geführt hatte, vom Ref. vor einigen Jahren in der Privatklientel beobachtet wurde. Die Ausfolgung der Kindesleiche zwecks Präparation der jedenfalls vorhandenen Abnormitäten des Fötalkreislaufes war von den Angehörigen versprochen, wurde aber vom damaligen bureaukratisch strengen Herrn k. Bezirksarzt als „unzulässig an Private" bezeichnet. Nicht einmal Obduktion war mir möglich. Difficile est satyram non scribere.

Ziegenspeck (München).

Digitized by Google

Hermann Sidlauer. Ein Fall von Persistenz des Ductus arteriosus Botalli.

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. 34 Heft 5 und 6.)

Bei einem Falle (4jähriges Mädchen) wird die betreffende Diagnose klinisch gestellt durch Ausschluß aller übrigen in Betracht kommenden Herzerkrankungen auf Grund folgender Punkte: 1. Diastolisches Geräusch im zweiten, linken Interkostalraum; 2. ebendaselbst fühlbares, dem Geräusch zeitlich entsprechende, Frémissement; 3. Art der Propagation des Geräusches, welche nur durch einen gemeinschaftlichen Fehler der Aorta und Pulmonalis zu erklären ist; 4. Voussure und Hypertrophie des rechten Ventrikels; 5. bandförmige Dämpfung längs des Sternums; 6. Pulsus celer bei intakten Aortenklappen und Fehlen der Cyanose und aller Stauungserscheinungen. Ausführliche Literaturzusammenstellung. Hecker (München).

K. Dresler. Beitrag zur Diagnose der Persistenz des Ductus arteriosus Botalli.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. 56 Heft 5).

An drei eigenen — auch radiographierten — und zwei Fällen der Literatur wird die Symptomatologie dieses Herzfehlers besprochen. Die Fälle stellen geradezu eine kleine entwickelungsgeschichtliche Studie dar, insofern sie den verschiedensten Lebensaltern entstammen; der jüngste Pat. ist 1 Jahr, der älteste 37. Die Erscheinungen weisen die sämtlichen, seinerzeit von Gerhardt gegebenen diagnostischen Merkmale für die Persistenz des Ductus auf: keine Vergrößerung des Herzens, systolisches Geräusch über der Pulmonalis mit fühlbarem Schwirren, deutlicher zweiter Pulmonalton, Fortpflanzung des Geräusches in die Karotiden mit Bevorzugung der linken und Harmlosigkeit des Herzfehlers. Der eine Fall zeigte sowohl perkutorisch wie auch im Röntgenbilde nachweisbare Erweiterung der Pulmonalis (längliche Dämpfung links neben dem Sternum, an die obere relative Herzdämpfung angrenzend). Hecker (München).

E. Delafosse (Bond) and **R. Salusbury** (Trevor): A Case of Pulmonary and Tricuspid Regurgitation following chronic Bronchitis and Emphysema.

(Under the care of Dr. H. D. Rolleston.)

(The Lancet 4. Oktober 1902.)

Der vorliegende Fall hat insofern auch für den Kinderarzt Interesse, als es sich um eine angeborene Mißbildung der Pulmonalklappen handelt. Und zwar fanden sich bei der Autopsie des 41jährigen Kranken, der den Folgen einer Insuffizienz der Pulmonal- und Trikuspidalklappe erlag, vier Pulmonalklappen. Die vierte Klappe war, wie das die Regel ist, kleiner als die anderen; die Klappen

Digitized by Google

zeigten teilweise Fensterung. Bei der Gelegenheit werden noch zwei andere Fälle derselben Mißbildung angeführt, bei denen während des Lebens keinerlei Störungen bestanden; in einem vierten von Begbie beobachteten Falle bestand dagegen ein diastolisches Geräusch.

Schreiber (Göttingen).

Spolverini und **Barbieri.** Über die angeborenen Herzfehler.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. 56, Ergänzungsheft.)

Monographische Darstellung mit ausführlicher Literaturangabe unter Zugrundelegung von folgendem selbstbeobachteten Material. 4 Fälle von Stenose der Arteria pulmonalis, 1 Fall von Anomalie der Tricuspidalis, 2 Fälle von Persistenz des gemeinsamen arteriellen Stammes infolge einer Entwickelungshemmung des Septum trunci und 1 Fall von Atresie der Tricuspidalis zurück. Hecker (München).

Josef Burke. Über angeborene Pulmonalstenose.

(Zeitschr. für Heilkunde 1902, Heft 5.)

Die vortreffliche Studie stützt sich auf drei klinisch gut beobachtete und durch die Sektion bestätigte Fälle. Während bisher allgemein angenommen wurde, daß ein zweiter accentuierter Pulmonalton bei der Pulmonalstenose durch eine Komplikation mit einem offen gebliebenen Ductus Botalli zu erklären sei, weist B. sowohl auf Grund seiner drei eigenen Fälle, in welchen dieselbe Fehldiagnose gestellt wurde, sowie an der Hand von 14 Fällen aus der Literatur nach, daß dabei nie ein persistierender offener Ductus Botalli konstatiert wurde, wohl aber daß in der Mehrzahl neben der Pulmonalstenose ein offenes Foramen ovale vorhanden war. In drei Fällen, in welchem als einzige Komplikation der Ductus Botalli offen gefunden wurde, war der zweite Pulmonalton zweimal als schwach, einmal als fehlend angegeben. B. kommt danach zur Ansicht, daß die Akzentuation des zweiten Pulmonaltones auf das offene Foramen ovale zurückzuführen sei; letzteres ist in der Tat die häufigste Komplikation der Pulmonalstenose und soll sogar durch diese wenn nicht erzeugt so doch in seiner Persistenz gefördert werden.

Wo der zweite Ton herrührt, ist ungewiß, daß er durch die Pulmonaklappen selbst erzeugt wird, ist unwahrscheinlich; B. nimmt an, daß der zweite Ton, sowohl wie die Persistenz des offenen Foramen die Folge der Stauung im rechten Ventrikel ist und daß der zweite Ton durch verstärkte Kontraktion der beiden Vorhöfe hervorgerufen wird.

Die häufige Komplikation der Lungentuberkulose führt B. nicht auf die Pulmonalstenose sondern auf die neben der letzteren meistens vorhandene Enge der Aorta zurück. Hugo Starck (Heidelberg).


Digitized by Google

H. Füth (Leipzig). Über eine angeborene Geschwulstbildung perithelialer Natur am Oberkieferzahnfleisch eines 2 Tage alten Mädchens mit Hineinbeziehung des Schmelzkeims.

(Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie 6. Bd. 1. Heft).

Die etwa hühnereigroße aus dem Mund hervorragende Geschwulst war schon bei der Geburt vorhanden. Sie ging vom Oberkiefer aus und verschob die Oberlippe so stark nach oben, daß ein Saugen völlig unmöglich war. Die Geschwulst wurde deshalb operativ entfernt; die Heilung ging rasch von statten. Ein Rezidiv trat nicht auf. Jedoch ist bei dem nunmehr zweijährigen Mädchen, das sonst gute Zähne hat und nicht rhachitisch ist, der erste und zweite linke obere Schneidezahn (hier hat die Geschwulst gesessen) mangelhaft entwickelt. Ulassin hatte im Jahre 1894 einen ganz ähnlichen Fall bei einem neugeborenen Mädchen veröffentlicht; hier waren zwei Geschwülste vorhanden gewesen. Ulassin war auf Grund der mikroskopischen Untersuchung zu dem Schluß gekommen, daß die Geschwülste epithelialen Ursprungs, ausgehend vom Schmelzkeim, seien. Verf. kommt bei seinem Fall nach eingehender mikroskopischer Untersuchung zu einem anderen Resultat: Es handelt sich um eine Geschwulst, die nicht vom Schmelzkeim ausgeht, aber Einschlüsse desselben enthält und deren Zellen bindegewebiger, perithelialer Natur sind. Marx (München).

N. Sklifossovsky (Petersburg). Angeborene Neubildungen des Schädels und Cerebralhernien.

(Die mediz. Woche 1902 No. 50.)

Das Auftreten von angeborenen, nicht bruchartigen Geschwülsten an den Entwickelungsstellen von Cerebralhernien ist möglich und wird gar nicht selten am vorderen Teile des Schädels, auf der Stirn angetroffen. Die Differentialdiagnose ist da oft ungeheuer schwierig. Angeborene Neubildungen des Schädels stehen bisweilen in unmittelbarem Zusammenhang mit den tiefen Gewebsschichten und mit dem Periost; das Periost und die demselben anliegende Schicht lockeren Unterhautzellgewebes können in solchen Fällen zur Neubildung von Knochengewebe führen. Der darunter liegende Teil des Skeletts wird, indem er eine permanente Kompression von seiten der Geschwulst erfährt, unmittelbar unterhalb der Geschwulst absorbiert, während rings herum reichliche Neubildung von Knochengewebe stattfindet. Man hat dann mit einer Reihe von Erscheinungen zu tun, welche in außerordentlichem Maße die Stellung einer genauen Diagnose erschweren. Derartige Beispiele sind stets sehr lehrreich, und dieser Umstand veranlaßt S. einen Fall von angeborener Neubildung im Gebiet des Nasenrückens ausführlich zu beschreiben.

Warwara Filatowa, Bauernmädchen, 6 Jahre alt, anämisch, machte im allgemeinen den Eindruck eines regelmäßig entwickelten Kindes; nur in der Mittellinie des Gesichts, am Nasenrücken, hatte es eine höckrige Geschwulst von der Größe einer großen Kartoffel. Die Geschwulst zeigt an der Basis eine leichte Einschnürung und hing bei vertikaler Lage des Kindes leicht herunter. Die Circumferenz der Geschwulst betrug 12, ihr Längsdurchmesser 5, ihr Querdurch-

Digitized by Google

messer 6 cm. Die Geschwulst berührte die Arcus frontales oben und verlief nach unten hin bis zum Knorpelteil der Nase; an den Seiten berührte sie die inneren Lidwinkel. Die Haut der beiden Lider des rechten Auges ging jedoch teilweise auf die Geschwulst hinüber, und man kann im allgemeinen sagen, daß die Mittellinie des Gesichts die Geschwulst so teilte, daß zwei Drittel der rechten und ein Drittel der linken Seite angehörten. Die die Geschwulst überdeckende blaurötliche Haut war sehr dünn und mit der Substanz der Neubildung fest verwachsen. Die Neubildung selbst war derb, hart, in ihrem oberen Teile konnte man bisweilen den Eindruck einer tiefen Fluktuation erhalten. Diese Erscheinung war aber undeutlich. An der Basis der Geschwulst konnte man am Knochen eine Unebenheit in Form eines $^1/_2$ cm langen Dorns palpieren; die Unebenheit entsprach augenscheinlich dem mittleren Rande des Nasenfortsatzes des rechten Oberkiefers. Diese Unebenheit diente gleichsam als Andeutung auf das Vorhandensein einer Bruchpforte, wenn man auch hinter derselben eine Öffnung im Schädel nicht durchfühlen konnte. Die Geschwulst war vollständig schmerzlos. Selbst bei der bedeutendsten Kompression zeigte ihr Umfang keine Verringerung. Bei der Untersuchung konnte man auch nicht ein einziges Mal irgend welche Anzeichen eines Zusammenhanges derselben mit der Schädelhöhle feststellen. Das Mädchen kam mit der geschilderten Neubildung zur Welt, und diese nahm mit der fortschreitenden Entwickelung des Kindes an Umfang nur wenig zu. Das Kind erfreute sich sonst einer guten Gesundheit. Gehirnerscheinungen wurden bei ihm niemals beobachtet.

Die Neubildung entstellte das Gesicht des Kindes, und da man sich bei wiederholten Untersuchungen stets vom Fehlen eines unmittelbaren Zusammenhanges der Neubildung mit der Schädelhöhle überzeugen konnte, so entschloß sich S., die Geschwulst zu enfernen.

Am 21. Oktober Exstirpation der Geschwulst. Bei der Operation stellte es sich heraus, daß die dünne Haut mit der harten Geschwulst sehr fest verwachsen war und ohne Kontinuitätstrennung derselben nicht entfernt werden konnte. An der Basis der Geschwulst löste sich die Haut leicht ab. Nach Entfernung der Geschwulst fand man im Schädel eine offene Stelle, die 13 mm im Längs- und 11 mm im Querdurchmesser maß. Sie entsprach der Stelle des rechten Nasenbeines und zeigte fast runde Konturen. Das Periost der benachbarten Teile des Skeletts ging unmittelbar auf diese offene Stelle über, dieselbe umkleidend. In der offenen Stelle wurden deutlich Pulsationen und abwechselnde Hebungen und Senkungen, der Inspiration und Exspiration entsprechend, wahrgenommen.

Am zweiten Tage nach der Operation stellte sich bei der Kranken Fieber ein, das rasch die Höhe von 40,2° C. erreicht hatte. Am 17. Tage nach der Operation trat der Tod ein. Bis zum Tode bewegte sich der fieberhafte Zustand zwischen 38,4 und 40,2° C.

Es fand die Sektion statt, die Neubildung wurde untersucht und stellte sich als eine Kombination von derbem und weichem Bindegewebe (Fibroma durum et molle) dar, zeigte auch stellenweise die Struktur eines Sarkoms. In ihr wurde eine Höhle gefunden, wahrscheinlich ein Lymphraum, der mit der Schädelhöhle aber keinen unmittelbaren Zusammenhang hatte; zwischen ihm und der Hirnhaut, welche mit dem äußeren Periost vereinigt war, lag eine $1^1/_2$—2 cm dicke Gewebsschicht.

Man hatte hier also an der klassischen Stelle, an der angeborene Cerebralhernien aufzutreten pflegen, eine Bruchpforte, durch welche eine bruchartige Vorstülpung jedoch nicht stattgefunden hatte.

Eine derartige Vorstülpung könnte zu stande kommen, wenn später eine bedeutendere Dehnung der lateralen Gehirnventrikelchen stattgefunden hätte. Man kann aber auch einen entgegengesetzten Verlauf der Erscheinungen annehmen: in den ersten Lebensjahren bestand hier vielleicht eine bruchartige Vorstülpung; diese letztere hatte sich aber dank eventuellen günstigen Verhältnissen der weiteren

Digitized by Google

Einwirkung des Organismus vielleicht allmählich verringert und war mit dem fortschreitenden Zusammenfallen der lateralen Gehirnventrikelchen allmählich nach innen gezogen worden, wonach die Dura mater, indem sie sich mit dem äußeren Periost vereinigte, die offene Stelle bezw. die Bruchpforte ausgefüllt hatte. Zu dieser Zeit begann sich aus dem jungen Bindegewebe, welches dem Periost unmittelbar anlag, ein Fibrom zu entwickeln; die bindegewebige Geschwulst verschmolz, nachdem sie bedeutende Dimensionen erreicht hatte, fest mit den allgemeinen Hautdecken, welche sich an den Stellen der größten Vorstülpung der Höcker der Neubildung als sehr dünn erwiesen haben. Inmitten des Fibroms könnte sich eine Lymphhöhle bilden, welche, sich allmählich erweiternd, das benachbarte Gewebe bis zur Bildung einer Blase verdünnen könnte. In der Tat macht in obigem Falle die zweierlei Aufschichtung rings um die Lymphöhle herum diese Vermutung sehr wahrscheinlich. Es ist bekannt, daß die cystenartigen Schädelgeschwülste mit Ausnahme der Dermoidcysten gewöhnlich eine dünnflüssige seröse Flüssigkeit enthalten. Man nimmt an, daß diese Geschwülste mit der Schädelhöhle ursprünglich in Verbindung standen und bruchartige Vorstülpungen der Gehirnhäute darstellten; später wird der äußere Teil der Geschwulst auf dem Niveau der Bruchpforte des Schädels abgezwickt, so daß eine isolierte sackförmige Geschwulst entsteht. Es will S. scheinen, daß man die Bildung derartiger isolierter cystenartiger Geschwülste am Schädel auch auf andere Weise erklären kann, welche plausibler zu sein scheint. Es entstehen in der Höhle des angeborenen Fibroms gewöhnlich Lymphspalten, welche bisweilen bedeutende Dimensionen erreichen. In obiger Geschwulst zeigte der bestehende derartige Lymphzwischenraum die Größe einer Mandelnuß; es liegt kein Grund vor, die Möglichkeit von der Hand zu weisen, daß dieser Zwischenraum sich immer mehr bis zur Bildung einer Blase entwickelt hätte. Grätzer.

Rolly. Über periependymäre Wucherung, Kanalbildung und abnorme Entwickelungsvorgänge am kindlichen Rückenmarkkanal.

(Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde Bd. 21 No. 5 und 6).

Gelegentlich von Untersuchungen des Zentralnervensystems bei Kindern fand R. bei zwei Fällen von allgemeiner angeborener Muskelstarre sowie in einem Falle, in dem die klinische Diagnose zwischen multipler Sklerose und kongenitaler Muskelstarre schwankte, eine diffuse Wucherung der Glia, Offenbleiben des Zentralkanals, eine Wucherung der Ependymzellen um den Zentralkanal herum. Diese Wucherung der Ependymzellen äußerte sich im Auftreten von Strängen, Zellnestern, Kanälen, Vortreibungen der Ependymschicht des Zentralkanals.

Verf. hält es für möglich, daß aus dieser Ependymwucherung mit Kanalbildung später das Krankheitsbild der Syringomyelie ent-

Digitized by Google

steht. Vielleicht hätten die drei Kinder, über welche Verf. berichtet, falls sie am Leben geblieben wären, in späterer Zeit eine typische Syringomyelie bekommen.

Kurt Mendel (Berlin).

M. Thiemich. Über die Funktionsunfähigkeit der motorischen Rindenfelder beim Säuglinge.

(Aus der Univ.-Kinderklinik zu Breslau).

(Zeitschr. f. klin. Medizin Bd. 45 Heft 3 und 4).

Verf. wendet sich gegen die von Soltmann deduzierte „physiologische Reflexdisposition" des jungen Kindes, eine Theorie, die im wesentlichen auf den Ergebnissen von Experimenten an neugeborenen Tieren basiert, die ergaben, daß bei diesen bis zum 10. oder 12. Lebenstage die motorischen Rindenfelder nicht galvanisch erregbar sind, also weder hemmend noch exzitierend tätig sein konnten, und die somit geeignet schienen, unsere bisherigen Anschauungen über das Zustandekommen der Eklampsia infantum über den Haufen zu werfen.

Ganz abgesehen davon, daß die Befunde anderer Autoren den Soltmannschen Untersuchungsergebnissen widersprechen, ist es nach Th. verfehlt, aus der elektrischen Unerregbarkeit das Fehlen jeder physiologischen Funktion zu folgern und etwa die Annahme, daß auch beim Säugetier die Nerven und Muskeln früher auf physiologische endogene Reize reagieren, als auf äußere, elektrische, auszuschließen.

Mit Recht glaubte Verf. daher zur Entscheidung der Frage, ob bezw. wenn die motorischen Rindenfelder beim Säuglinge funktionsfähig sind, auf Beobachtungen am Kinde selbst angewiesen zu sein. Daher wurde von ihm ein ganz neuer Weg eingeschlagen, der durch die physiologischen Studien der letzten Jahre über kortikale Koordinationen eröffnet war: Die Feststellung des Zustandekommens oder Nichtzustandekommens kombinierter Bewegungen, das nur unter Beteiligung seitens der Hirnrinde möglich ist. Im Anschluß an die Studien Herings bei Affen und Manns an gewissen Nervenkranken schien dem Verf. daher die Prüfung des Synergismus zwischen Fingerstreckern und Handbeugern beim Handschluß der Faust, dessen kortikale Natur sicher nachgewiesen ist, sowie das Zusammenwirken einer Plantarflexion des Fußes mit einer kräftigen Streckung im Knie- und Hüftgelenk („Verlängerung des Beines"), wie umgekehrt die Dorsalflexion bei Beugung dieses Gelenkes („Verkürzung des Beines") als für die Lösung der Frage ausschlaggebend. Bei einer großen Reihe von Kindern konnten nun diese Indikatoren einer kortikalen motorischen Funktion konstatiert werden und zwar oft schon bei Neugeborenen, regelmäßig bei Kindern von 3—4 Monaten, soweit sie nicht besonders elend oder krank waren. Da die überwiegende Mehrzahl der Kinder, welche im ersten Kindesalter an Krämpfen erkranken, über den 3.—4. Lebensmonat hinaus und nicht in extrem elendem Zustande ist, kann gefolgert werden, daß die wesentlichen Voraussetzungen der Soltmannschen Lehre von der Eklampsia infantum nicht mehr zu Recht bestehen.

Eschle (Sinsheim).

Digitized by Google

Vulpius. Zur Sehnenüberpflanzung bei spinaler Kinderlähmung.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenh. Bd. 22 Heft 1 und 2.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von spinaler Kinderlähmung, bei denen er die Sehnenüberpflanzung auf den gelähmten Quadriceps mit günstigstem Erfolge ausgeführt hat, und wo die so erlangte Wiederherstellung der Quadricepsfunktion sehr erheblich zur Wiedererlangung der Geh- und Stehfähigkeit beitrug. Kurt Mendel (Berlin).

Hoffa. Über die orthopädische Behandlung der spinalen Kinderlähmung.

(Nach einem im Verein für innere Medizin zu Berlin gehaltenen Vortrage).

(Zeitschr. für diätetische und physikalische Therapie Bd. 6 Heft 6 1902).

Die spinale Kinderlähmung, die, meistens ganz plötzlich einsetzend, Kinder in den ersten Lebensjahren befällt, führt bekanntlich zu paralytischen Kontrakturen an allen möglichen Körperstellen: wir haben die Torticollis paralytica, die paralytischen Lordosen, Kyphosen und Skoliosen, die paralytischen Kontrakturen oder Schlottergelenke der Schulter, an der Hand und den Fingern, ebenso dieselben an der Hüfte, ferner die paralytischen Deformitäten des Kniegelenkes und schließlich die mannigfaltigen Deformitäten des Fußes in Gestalt des Spitz-, Klump-, Platt-, Hacken- und Hohlfußes.

Wenn wir auch in der elektrischen Behandlung, in der Massage, Gymnastik, in redressierenden Manipulationen, in warmen Bädern, in der Applikation heißer trockener Wärme und in reizenden Abreibungen Mittel und Wege haben, die vitale Energie der gehemmten Teile zu kräftigen und so die Entstehung paralytischer Kontrakturen zu verhüten, so tritt doch, sobald sich die letzteren erst einmal entwickelt haben, die eigentliche orthopädische Behandlung in ihr Recht.

Das erste Hilfsmittel der eigentlich orthopädischen Behandlung ist die Redression derselben, die oft durch die subkutane Tenotomie oder die offene Durchschneidung aller sich der Geraderichtung entgegensetzenden Weichteile eingeleitet werden muss. Gipsverbände und orthopädische Apparate (Schienenhülsenapparate) dienen dazu, den Effekt der Redression zu einem dauernden zu machen. Zum Ersatz der paralytischen Muskeln an diesen Apparaten bringt man gewöhnlich Gummizüge an, von denen man andererseits (z. B. bei Beugekontrakturen) auch als redressierender Kraft Gebrauch macht. So notwendig, wie über das Gelenk hinausgehende Stützapparate, die eine Überstreckung verhindern, können am Apparat angebrachte Sperrvorrichtungen, z. T. automatische, angebracht werden, um eine beliebige Beugung der Gliedmaßen zu ermöglichen.

Mit dem Aufblühen der antiseptischen Wundbehandlung lag es nahe, statt dieser Notbehelfe den Kranken auf operativem Wege Hilfe zu bringen.

Digitized by Google

Die Arthrodesenoperation, zuerst von Albert in Wien ausgeführt, hatte die Absicht, die künstliche Versteifung der paralytischen Gelenke herbeizuführen, indem man nach blutiger Eröffnung der Gelenke und Anfrischung der Gelenkenden, diese durch eine Naht von Silberdraht oder durch Nägel miteinander vereinigte.

Die Arthrodese, immerhin ein Notbehelf bei ganz unheilbaren Lähmungen, ist in letzter Zeit durch die Sehnentransplantation in der Mehrzahl der Fälle verdrängt worden. Diese bezweckt selbst bei unheilbarer Muskellähmung auf operativem Wege die Sehnen gesunder, aber wenig bedeutender Nachbarmuskeln auf die funktionsuntüchtigen Sehnen zu überpflanzen. Heute überträgt man sogar nicht nur die Funktion eines gesunden Muskels auf den gelähmten, sondern man übt auch die Teilung der Funktion eines solchen, indem man dessen Sehne nur teilweise an den gelähmten Muskel annäht.

Eine besondere Form der Sehnentransplantation ist die von Lange angegebene periostale Sehnenverpflanzung: der kraftspendende Muskel wird hierbei nicht mit dem gelähmten Muskel, sondern direkt mit dem Periost vernäht.

Zur Erreichung brauchbarer Resultate gehen weitere Operationen an den Sehnen, die man als Sehnenverkürzung und Sehnenverlängerung unterscheidet, Hand in Hand: Sind die gelähmten Muskeln durch Überlastung überdehnt worden, so daß sie die zu ihrer Funktion nötige Spannung verloren, so ist eine Verkürzung ihrer Sehnen indiziert, doch gibt es genug Fälle, in denen eine Verlängerung durch treppenförmige Spaltung, Verschiebung der Länge nach und Vernähung der Querschnitte in Frage kommt.

H. glaubt, daß die Herstellung des normalen Spannungsgrades an sich schon auf die Wiederherstellung der Funktion eines Muskels von Einfluß sein kann, in der Mehrzahl der Fälle entsteht durch die Transplantation ein neues Muskelindividuum (Drobnick, Eulenburg), welches durch Anpassung der Gehinrinde allmählich eine Selbständigkeit der Innervation und Funktion erlangt, indem die Koordinationszentren sich auf die immer wiederkehrenden zentripetalen sensiblen Erregungen aus dem Gebiet der verlagerten Muskeln einüben.

H. hat schließlich in neuester Zeit häufig statt der Ansatzstelle den Ursprung eines Muskels verlagert. So wurde in einem vorgestellten Fall von cerebraler Kinderlähmung, in welchem der Arm im Ellenbogengelenke gebeugt und die Hand stark pronirt war, das Übergewicht der Pronatoren über die Supinatoren dadurch behoben, daß H. den Musculus pronator teres von seinem Ursprunge am Epicondylus intern. humeri loslöste, ihn nach der anderen Seite des Armes hinübernahm, zwischen dem Supinator brevis und der Beugemuskulatur durchzog und an den Epicondylus externus annähte, so daß aus dem Pronator teres gewissermaßen ein zweiter Supinator brevis gemacht wurde.

Eschle (Sinsheim).

Digitized by Google

Magnus. Der operative Ersatz des gelähmten Quadriceps femoris.

(Aus der Schanzschen orthopäd. Heilanstalt in Dresden).

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 41.)

Bericht über drei mit bestem Erfolge nach einfacher Methode operierte Fälle, welche zwei 12- und ein 7jähriges Kind betrafen. Die Methode war folgende:

Zunächst wird ein 15 cm langer Hautschnitt an der vorderen Seite des Oberschenkels in der Medianlinie vom oberen Rande der Patella nach oben hin geführt, Fett und Fascie durchtrennt und der Quadriceps und obere Teil der Patella freigelegt. Ebenso wird ein Schnitt durch die Mitte der Kniekehle bis zur Mitte des Oberschenkels herauf angelegt. Von da aus wird der Sartorius aufgesucht, unmittelbar von seiner Insertionsstelle abgetrennt und etwa auf ein Drittel seiner Länge isoliert; dasselbe geschieht mit dem Biceps. Nun wird auf beiden Seiten zwischen Muskulatur und Fascie vom vorderen Schnitt nach hinten ein Elevatorium durchgestoßen und die so gebildeten Öffnungen durch Hin- und Herziehen des Elevatoriums erweitert. Durch die auf diese Weise gebildeten Schlitze werden Sartorius und Biceps nach vorn gelagert. Darauf wird die Sehne des Quadriceps direkt an ihrem Ansatz an der Patella durchstochen, durch den so gebildeten Spalt wird das freie Ende des Sartorius hindurchgezogen und unter straffem Anziehen so zurückgeschlagen, daß eine Schlinge gebildet wird. Diese wird durch Naht fixiert. Dieselbe Manipulation wird dann mit dem Biceps vorgenommen. Die Nähte werden mit Silber oder Aluminiumbronze ausgeführt. Nun wird durch fortlaufende Hautnaht die Wunde vollständig geschlossen, nicht drainiert. Durch einen Gipsverband, der auch das Becken mit umfaßt, wird das Bein mit Streckstelluug gehalten.

Die Hautnähte werden nach 10 Tagen entfernt. Nach 3 Wochen geht Pat. im Gipsverband; nach 6 Wochen wird der Verband abgenommen. Das Bein bleibt jetzt völlig frei; es werden dann fleißig aktiv und passiv Streckbewegungen ausgeführt. Grätzer.

Josef Hertle. Über eine neue Methode zum plastischen Ersatz von Sehnendefekten.

(Zeitschr. für Chirurgie Bd. 65 Heft 2—4 Seite 392).

H. hatte eine 16jährige Pat. wegen veralteter Sehnenverletzung und zwar Durchtrennung der Sehnen des M. extensor pollicis longus der linken Hand etwa 2 cm vor dem Carpometacarpalgelenk des Daumens zu behandeln. Nachdem die Naht wegen Nekrose von ca. 4 cm des zentralen Stumpfes schon einmal mißlungen war, wurde sie nochmals ausgeführt, war jedoch dieses Mal nur unter stärkster Anspannung möglich, und auch dann wurde kaum eine Berührung der Sehnenenden erzielt. Die Funktion stellte sich allmählich wieder ein, jedoch nur unvollkommen, und die Opposition des Daumens war nicht recht ausführbar, was H. auf die straff fixierte Hautnarbe

Digitized by Google

bezog. Um diese zu beseitigen und durch Brusthaut zu ersetzen, wurde Pat. neuerdings operiert. Nach dem Abpräparieren der Haut zeigte sich, daß die beiden Sehnenstümpfe zwar durch Narbengewebe aneinander fixiert waren, daß jedoch die Narben auch fest an der Haut und der Unterlage hafteten und dadurch die Funktion beeinträchtigten. Außerdem wies aber das periphere Sehnenstück eine Verwachsung mit der Sehne des M. radial. extern. long. an der Kreuzungsstelle der beiden Sehnen auf. K. ließ die Verwachsung zwischen den beiden Sehnen bestehen und spaltete in Verbindung mit der Verwachsung und zwar aufwärts von dieser die Sehne des M. radial. extern. longus der Länge nach soweit, als dies zu einer bequemen Vernähung mit dem zentralen Sehnenstumpf des M. extens. pollic. longus nötig war. So ersetzte er den Substanzverlust in der Sehne des M. extens. poll. longus durch eine Anleihe von Sehnenmaterial aus dem benachbarten M. radialis externus longus. Der funktionelle Erfolg war ein vollkommener.

Joachimsthal (Berlin).

Timann. Behandlung der Spina ventosa mittels freier Autoplastik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. 36 Heft 1.)

In der Rostocker Klinik wurde eine Serie solcher Kranker in der Weise operiert, daß kleine Stücke aus der Ulna herausgemeißelt und in den Defekt der exstirpierten kranken Diaphyse eingesetzt wurden.

Die Erfolge erwiesen sich insofern besonders günstig, als nicht nur die Kontinuität des Knochens wieder hergestellt, sondern meist auch eine gute Funktion erzielt wurde.

Interessant ist die Beobachtung, daß die implantierten Knochenspangen nicht nur einheilten, sondern sich allmählich zur normalen Gestalt der entfernten Diaphysen gut umformten. Wichtig ist indessen, daß bei jungen Individuen das Ersatzstück recht lang genommen wird. Denn das letztere dürfte doch nicht in gleicher Weise mitwachsen wie die Nachbarknochen. Vulpius (Heidelberg).

Czyzewicz. Ein Fall von retrosakralem Dermoid.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. 36 Heft 1.)

Beschreibung eines Falles von taubeneigroßer Cyste mit Haarschopf, die in der v. Mickuliczschen Klinik exstirpiert wurde.

Die Ätiologie der Geschwulst wird wie auch diejenige der coccygealen Einziehungen und Fisteln, welche bei Kindern sehr häufig nachzuweisen sind, mit der embryonalen Entwickelung des Zentralnervensystems in Zusammenhang gebracht. Vulpius (Heidelberg).

Digitized by Google

W. Kausch. Cucullarisdefekt als Ursache des congenitalen Hochstandes der Scapula.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. 9 Heft 3.)

K. bringt die Krankengeschichten von 3 Pat. im Alter von 12, 8 und 3 Jahren, bei welchen kongenitaler Hochstand des Schulterblattes bestand. In allen Fällen fand sich gleichzeitig ein Defekt des gleichseitigen Cucullaris und zwar dessen unteren Abschnittes. R. hält den Muskeldefekt für das Primäre und faßt die veränderte Stellung der Scapula als eine Ausfallserscheinung auf. Die Bewegungsstörungen sind zum Teil recht erhebliche und beziehen sich vorzüglich auf Verminderung der Hebung des Armes. Auch din Beweglichkeit des Schulterblattes selbst ist gestört (bes. die Senkung).

Wenngleich in den bisher publizierten Fällen von sogenannter Sprengelscher Deformität nirgends von Cucullarisdefekt die Rede ist, so glaubt K. doch auf Grund einer Abbildung, daß derselbe mitunter nur übersehen ist. Allerdings werden auch andere Ursachen für möglich gehalten (Muskel-, Nerven-, Knochenkrankheiten).

Als Begleiterscheinungen des Hochstandes der Scapula finden sich häufig Deformitäten derselben (Folge des veränderten Muskelzuges), sowie Skoliose (kompensierende, die hochstehende Schulter senkende).

Besserung ist auf rein orthopädischem Wege zu erzielen durch: Massage, Bewegungsübung, eventuell die Scapula herabziehende Vorrichtungen, wie Gummizugkorsett. Auf operativem Wege wurde in einem der Fälle der Hochstand des Schulterblattes wohl ein wenig gemindert, die Funktion des Armes aber verschlechtert.

Hugo Starck (Heidelberg).

C. Hödlmoser. Sprengelsche Difformität mit Cucullarisdefekt und rechtsseitiger Wanderniere bei einem 12jährigen Knaben.

(Aus dem Landesspital in Serajevo.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 52.)

Der Pat. bot einen angeborenen und einen erworbenen Zustand dar. Als angeboren war zu betrachten der Hochstand der linken Scapula, wahrscheinlich auch die rechtsseitige Wanderniere, als erworben ein nervöser Symptomenkomplex von seiten des spinalen Nervensystems, im wesentlichen sich dokumentierend in einer spastischen Parese in intensiverem Grade der rechten, in geringerem der linken Seite. Da letztere Erscheinungen erst seit etwa einem Jahre bestanden, so muß ein erst mehrere Jahre nach der Geburt entstandenes Leiden angenommen werden, zu dem die Anlage allerdings vielleicht schon im fötalen Leben gegeben war. Es handelte sich offenbar um eine spastische Spinalparalyse.

Was den Hochstand der Scapula anbelangt, so war hier, wie in den meisten derartigen Fällen ebenso, die Scapula in der Weise rotiert, daß der innere Winkel höher stand, als der äußere. Auffallend war, daß die Annäherung des unteren Scapulawinkels an die

Digitized by Google

Wirbelsäule nicht in dem Maße erfolgt war, als man es nach dem Hochstehen des inneren Scapulawinkels erwarten konnte; dies dürfte sich so erklären, daß eben der mediale Winkel in beträchtlicher Weise verdickt und verändert war, daher noch höher zu stehen schien, als es sonst der Fall war. Es bestand sicher eine wesentliche Verdickung des medialen Winkels der Scapula. Ferner fiel auf eine Knochenveränderung, ein starker von der Spina scapulae und anscheinend auch von der Fossa supraspinata ausgehender Höcker, welcher bewirkte, daß die linke Halsseite von vorne vollständig ausgefüllt erschien. Das Merkwürdige aber war, daß bei der radiographischen Untersuchung der Höcker absolut nicht zum Vorschein kam, so daß also nur eine knorpelige Beschaffenheit anzunehmen war.

Kausch nimmt an, daß die Ursache des Hochstandes der Scapula zumindest in einer Anzahl von Fällen in einer Hypoplasie des unteren und zum Teil auch des mittleren Teiles des M. cucullaris gelegen sei. Obiger Fall bestätigte dies. H. fand tatsächlich, daß, während der obere Anteil des Cucullaris in abnormer Weise verkürzt und gespannt war, die Gegend zwischen Scapula und Wirbelsäule, in welcher normalerweise der untere Anteil des Cucullaris gelegen ist, leer erschien, und auch die Prüfung der elektrischen Reaktion zeigte, während in den oberen Partien ausgesprochene Steigerung der mechanischen und faradischen Erregbarkeit vorhanden war, in den unteren Partien entschieden beträchtliche Herabsetzung derselben. Die geringe Entwickelung oder das Fehlen der unteren Cucullarisfasern hat zweifellos zum Entstehen der Difformität wesentlich beigetragen. Aber auch die Verkürzung der oberen Cucullarispartien ist nicht außer acht zu lassen, ebenso die Anspannung des Muskels, welche auch die bei dem Pat. vorhandene Annäherung der Scapula an die Wirbelsäule bedingen dürfte.

Wie ist nun das Wesen solcher Muskeldefekte aufzufassen? Handelt es sich um eine in frühester Jugend bezw. im embryonalen Leben vor sich gegangene und zum Stillstand gekommene Muskeldystrophie oder um wirkliche angeborene Muskeldefekte? In obigem Falle lag die Sache dadurch besonders kompliziert, daß der Knabe den Hochstand der Scapula schon seit Geburt zeigen sollte, dagegen erst seit einem Jahre jene nervösen Symptome, die dem Bilde der spastischen Spinalparalyse entsprachen. Da nun aber diese Erkrankung Muskelatrophien nicht erzeugt, da überdies eben spastische Symptome überwogen, so mußte die Annahme einer vielleicht sehr langsam fortschreitenden Muskeldystrophie ausgeschlossen werden. H. glaubt, daß man es hier mit einer angeborenen Schwäche bestimmter Körperteile zu tun hat. Gewisse Anteile, sei es der Muskulatur, sei es des dazu gehörigen nervösen Apparates, besitzen nicht die gehörige Wachtstumsenergie, sie bleiben auf einem frühen Stadium der Entwickelung stehend. Mit dieser Annahme einer angeborenen, in der Frucht selbst und nicht außerhalb derselben gelegenen Störung der Entwickelungsfähigkeit läßt es sich auch gut in Einklang bringen, daß noch andere Anomalien vorlagen, wie die Wanderniere, und daß eventuell auch das ganze Nervensystem weniger widerstandsfähig war, daher zu Erkrankungen geneigt erschien, wie hier der Spinalparalyse,

Digitized by Google

Die Schwächung des Nervensystems aber konnte wiederum Erschlaffung und Herabsetzung des Tonus der Ligamente der Bauchorgane bewirken und so zur Wanderniere führen. Grätzer.

M. Haudek. Die Operationsmethoden der modernen Orthopädie.

(Wiener med. Wochenschrift 1902 No. 46—50.)

Sehr fleißige Arbeit, in der Verf. eine Übersicht bietet über alle jene Operationsverfahren, die bei der Behandlung orthopädischer Erkrankungen in Betracht kommen, und zeigt, wie wir heutzutage bei den meisten Deformitäten mit unblutigen Mitteln auskommen, namentlich wenn früh genug die Behandlung eingreift, die nur in schweren und sehr verspätet dem Arzte zukommenden Fällen eine blutige sein muß. Grätzer.

A. Schanz (Dresden). Über das Skoliosenredressement.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 Nr. 48).

S. begann 1898 damit, bei Skoliosen das Redressement auszuführen, und hat auf dem Chirurgenkongreß 1900 über seine Resultate berichtet. Man hat jetzt vielfach diese Idee aufgegriffen, doch glaubt S., daß man nicht durchgehends richtige Indikationen stellt, wodurch manche ungünstige Resultate hervortreten, die dann der ganzen Methode zur Last gelegt werden. S. präzisiert daher jetzt nochmals die Indikation, beschreibt sein Verfahren und referiert über seine Erfahrungen.

Bei der Behandlung der Skoliosen sind zwei Aufgaben zu erfüllen: man muß den Prozeß, welcher die Skoliose erzeugte und ihre fortschreitende Verschlimmerung bedingt, außer Wirksamkeit setzen, und man muß die Formveränderung des Rumpfskelettes selbst beseitigen. Das Redressement erfüllt nur die letztere Aufgabe. Die Lösung beider Aufgaben zu gleicher Zeit ist undurchführbar, weil wir in der Zeit, während welcher der Redressionsverband liegt, nichts tun können, um die Tragfähigkeit der Wirbelsäule zu erhöhen; ja der Verband wirkt sogar infolge der Inaktivitätsatrophie, die er erzeugt, im Sinne der Verminderung der Tragfähigkeit der Wirbelsäule. Es muß demnach erst das Redressement und dann erst die Austilgung des skolisierenden Prozesses erfolgen, wobei man dafür sorgen muß, daß das Redressionsresultat so lange erhalten bleibt, bis der skolisierende Prozeß beseitigt ist. Zum Redressement bedarf es aber wiederum einer Vorbereitung, deren Ziel die Mobilisation der Wirbelsäule, die Herstellung einer möglichst hohen Redressionsfähigkeit und die Gewöhnung des Pat. an die Anwendung des Redressionsapparates ist. Was letzteren betrifft, so hat S. einen einfachen und billigen selbst konstruiert, einen kräftigen Beelyschen Rahmen mit einer Vorrichtung zur forcierten Extension der Wirbelsäule. S. schildert nun seine Methode des Redressements, die Herstellung des Verbandes, des Gipsbettes u. s. w. und sodann den zweiten Teil der Kur, bei dem Massage und Gymnastik die Hauptrolle spielen.

Digitized by Google

Die Resultate, die S. mit Hilfe des Redressements erreichte, übertreffen bei weitem alles, was bisher als die höchste Korrektionsmöglichkeit der skoliotischen Deformitäten gilt, und diese Resultate sind bei richtiger Ausführung der Kur Dauerresultate. Nicht leisten kann freilich auch diese Methode Umformung eines nicht plastischen Rumpfskelettes; wenn die Wirbelsäule so fest fixiert ist, wenn die Rippen so unelastisch sind, daß durch Zug und Druck keine nennenswerte Formverbesserung geschehen kann, da vermag auch das Redressement nichts. In dies Stadium kommt früher oder später jede Skoliose, ein bestimmtes Alter läßt sich dafür nicht angeben; S. fand Fälle noch jenseits des 20. Jahres redressionsfähig, aber auch Fälle unter dem 10. Lebensjahre, an denen sich die Ausführung des Redressements nicht lohnte. Auch die Schwere der Deformität ist maßgebend. S. redressierte zuerst nur die schwersten Deformitäten dritten Grades. Hier springen die Erfolge am meisten in die Augen; denn durch das Redressement bringt man in günstigen Fällen den schwer deformierten Pat., dem sonst keine Besserung gebracht werden konnte, bis nahe an die vollständige Heilung, in allen Fällen zur wesentlichen Besserung, und zwar nicht allein zur Besserung der Deformität, sondern auch des Allgemeinbefindens: das schlaffe, blasse Skoliosengesicht ändert sich zusehends, wenn das Kind redressiert ist. Später kam S. dazu, auch nicht ganz so schlimme und dann noch leichtere Fälle ebenso zu behandeln. Er stellte sich folgende Grenze: das Redressement ist gerechtfertigt und indiziert, solange die Opfer, welche dasselbe an Zeit, Geld, Bequemlichkeit u. s. w. fordert, durch den Effekt ausgeglichen werden. Bei dieser Indikationsstellung kommt man dazu, Skoliosen, welche zwischen zweitem und drittem Grad stehen, auch solche zweiten Grades, zu redressieren; man erreicht hier fast Heilungen.

Grätzer.

A. Schanz. Das Redressement schwerer habitueller Skoliosen und Kyphosen.

(Wiener klin. Rundschau 1902 Nr. 51.)

Verf. setzt seine Methode auseinander, zeigt in Wort und Bild, welche Erfolge er erzielt hat, und gelangt zu dem Schluß: „Das Redressement ist bei richtiger Indikationsstellung die erfolgreichste Methode der Korrektur schwerer habitueller Skoliosen und Kyphosen.

Grätzer.

Wilhelm Schulthess. Über die Prädilektionsstellen der skoliotischen Abbiegungen an der Wirbelsäule nach Beobachtungen an 1140 Skoliosen.

(Zeitschrift f. orthopädische Chirurgie Bd. 10 Heft 4 Seite 733.)

An ca. 1140 von Sch. mit seinem bekannten Meßapparat gezeichneten Skoliosen hat dieser Autor festgestellt, daß in der Gegend des zweiten Brustwirbels die größte Zahl von Krümmungen und zwar

Digitized by Google

linkskonvexe beobachtet wurden, ferner daß das nächste Maximum rechtskonvexe Biegungen betrifft in der Gegend des siebenten Brustwirbels. Linkskonvexe Krümmungen sind im ganzen häufiger als rechtskonvexe im Verhältnis von 60 % zu 40 %, abgesehen von dem höheren Stand der Abknickungsstelle unterscheiden sich die linkskonvexen Krümmungen von den rechtskonvexen noch durch die relativ gleichmäßigen Durchschnittszahlen von Höhe und Überhängen der Krümmungsschenkel bei den linkskonvexen, während bei den rechtskonvexen die beiden Größen nach dem unteren Ende der Dorsalwirbelsäule hin steigen. Ferner haben die rechtskonvexen Krümmungen, sofern sie in der Dorsalwirbelsäule liegen, eine viel stärker entwickelte Tendenz, kompensatorische Krümmungen zu bilden, als die linkskonvexe.

Sch. erblickt in der Gesetzmäßigkeit des Kurvenverlaufes einen Beweis für eine dem Körper bezw. der Wirbelsäule innewohnende Disposition zu den Ausbiegungen an den bezeichneten Stellen. Die gesetzmäßige Lokalisation liegt in der Anatomie und Physiologie, in der Mechanik der Wirbelsäule begründet. Ein insuffizientes Skelett wird an dieser Stelle zuerst einknicken. Die Ätiologie der Skoliose gewinnt durch eine solche Annahme einen sicheren Boden. Die Lokalisation liegt in der anatomischen Anlage, und das Auftreten, der Grad der Verschlimmerung einer Skoliose überhaupt hängt mehr von der Qualität des Skelettes, von seiner Widerstandsfähigkeit, seiner Elastizität, von seiner Wachstumsenergie und Regenerationsfähigkeit ab.

Joachimsthal.

Siegmund Loebel. Plattfuß und Skoliose.

(Zeitschr. für orthopädische Chirurgie Bd. 10 Heft 4 Seite 689).

Nach seiner Statistik (114 hintereinander beobachtete Fälle von Skoliose und 10 Fälle von runden Rücken aus dem orthopädischen Institut von Dr. Lüning und Dr. Schulthess in Zürich) findet L., daß der Plattfuß und die Skoliose sehr häufig nebeneinander vorkommen. Etwa in 71,1 % der Fälle fand man einen ausgesprochenen Plattfuß und in 7,8 % Anlage zu demselben. Auf die Frage, in welcher Beziehung der Plattfuß zur Skoliose steht, glaubt L. nach dem Resultat seiner Untersuchungen mit Sicherheit annehmen zu dürfen, daß der Plattfuß im allgemeinen mehr als eine Begleiterscheinung der Skoliose aufzufassen ist und nicht als ein ätiologisches Moment derselben. Man sieht allerdings, daß der einseitige Plattfuß mit der Richtung der Konvexität und der Form der Skoliose in einer bestimmten Beziehung steht. Der rechtsseitige Plattfuß vermindert die relative Zahl der rechtskonvexen Dorsal- und linkskonvexen Lumbalskoliosen. Der linksseitige Plattfuß vermehrt die Zahl der rechtskonvexen Dorsal- und linkskonvexen Lumbalskoliosen. Schwere Skoliosen kommen bei leichten Plattfüßen und schwere Plattfüße bei leichter Skoliose vor. Es besteht also kein Zusammenhang zwischen dem Grad des Plattfußes und der Skoliose.

Joachimsthal.


Digitized by Google

Hofmeister (Tübingen). Ein neues Massageverfahren.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie 36. Bd. 2. Heft).

H. verwendet das Quecksilberbad bei Versteifungen, Ödemen der Hand und Finger nach Frakturen, Quetschungen, Phlegmonen u. dergl. Die Hand wird rhythmisch in einen mit metallischem Quecksilber halbgefüllten Zylinder tief eingetaucht und wieder herausgezogen. Der starke Druck des Metalles soll ähnlich wie die Massage auf die Zirkulation fördernd einwirken, wesentliche Umfangsabnahme von Hand und Finger nach dem Bad werden gemessen. Event. vorhandene Wunden werden durch Pflaster geschützt. Indoxikationserscheinungen wurden bei 100 Pat. trotz mehrwöchentlichen regelmäßigen Badens nicht beobachtet. Als wesentliche Vorteile des Verfahrens werden hervorgehoben die Schmerzlosigkeit derselben und die Möglichkeit, es frühzeitig nach der Verletzung anzuwenden.

Vulpius (Heidelberg).

Julius Dollinger. Die Behandlung der Oberschenkel- und Oberarmfrakturen Neugeborener und kleinerer Kinder.

(Zeitschrift f. Chirurgie Bd. 65 Heft 5 und 6 Seite 570.)

Der von D. bisher in 22 Fällen von Oberschenkelbrüchen Neugeborener oder bei Kindern im Alter von 1—6 Jahren mit vollkommen gutem Erfolg verwendete Verband besteht aus einer vorderen und einer hinteren Gipsschiene. Beide reichen vom Fuß bis zum Nabel. Der Extremitätenteil einer jeden Schiene umfaßt die halbe Circumferenz der Extremität, während der Rumpfteil auf der kranken Seite vorne und rückwärts etwas über die Mittellinie des Rumpfes reicht. D. verfertigt die Schiene bei Neugeborenen aus etwa 6 cm breiten, bei größeren Kindern aus entsprechend breiteren Gipsbinden, die sich an dem Extremitätenteil der Schiene genau bedecken, gegen den Rumpfteil zu hingegen fächerartig auseinander weichen und hier einige Male zur Verstärkung der Quere noch hin und her ziehen. D. legt zuerst die vordere Schiene an. Der Gehilfe beugt die Extremität in der Hüfte und im Knie etwa bis 100°, korrigiert die Winkelstellung und die Verkürzung, indem er am Unterschenkel etwas anzieht. Hat sich D. durch Messung überzeugt, daß die Verkürzung richtig korrigiert ist, so legt er zuerst die Schiene, mit ihrer wattegepolsterten Seite gegen die Haut gekehrt, auf den Körper, befestigt sie mit einer feuchten Mullbinde, so daß sie sich überall gut anschmiegt, und drückt jetzt, während der Gehilfe die Extremität auch weiter in Distraktion hält, die weiche Gipsschiene mit dem Daumen recht fest in die Exkavation unter der Spina ant. sup. Ist die vordere Schiene verhärtet, so verfertigt D. die rückwärtige. Auch sie wird mit einer feuchten Mullbinde an den Rumpf und an die Extremität befestigt und, während sie erhärtet, an dem unteren Aste des Sitzbeines und an dem unteren des Schambeines angedrückt. Jetzt entfernt D. die Mullbinden, mittels welcher die Schienen provisorisch an den Körper gedrückt waren und befestigt die Schienen von neuem mit einigen zirkulären Mullbindentouren.

Digitized by Google

Bei Neugeborenen entfernt D. täglich zuerst die eine, dann die andere Schiene, erneuert die fütternde dünne Watteschicht und legt die Schiene, wenn sie trotz aller Vorsicht etwas feucht geworden ist, in die Röhre eines geheizten Sparherdes, wo sie in einigen Minuten vollkommen austrocknet. Unterdessen wird die Muskulatur von dem vierten bis sechsten Tage an leicht durchmassiert, und die Haut mit Federweiß oder Reispuder eingerieben. Innerhalb 8—10 Tagen erweichen die Schienen gewöhnlich und müssen durch neue ersetzt werden. Während der ganzen Heilungsdauer braucht man gewöhnlich 2—3 Schienenpaare.

In ähnlicher Weise behandelte D. 5 Neugeborene, die während der Geburt Oberarmbrüche erlitten hatten, mittels Gipsschienen, der Oberarm wurde bis zu einem Winkel von 130° abduziert, der Vorderarm bis zum rechten Winkel gebeugt und supiniert. In dieser Stellung benutzt D. als Stützpunkte einerseits die Seitenfläche des Brustkorbes, andererseits die Beugefläche des Vorderarmes. Die Schiene reicht von dem unteren Drittel des Vorderarmes bis hinauf in die Achselhöhle, schlägt hier auf dem Thorax um und zieht an diesem etwa bis zur zwölften Rippe herunter. Um Druck in der Achselhöhle zu vermeiden, legt D. ein kleines Wattepolster unter, das er nach Erhärtung der Schiene aus der Achselhöhle entfernt. Der Armteil umfaßt die halbe Circumferenz der Extremität, der Rumpfteil reicht vorne bis an die Brustwarze, rückwärts bis zum Rippenwinkel.

Joachimsthal (Berlin).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Deutsche Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege in Berlin.

Novembersitzung.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 98.)

Es sprach Prof. A. Baginsky über die **Bedeutung der Seehospize für die Behandlung der Skrofulose und der örtlichen Tuberkulose der Kinder.** Der Kampf gegen die Tuberkulose, so führte er aus, wird bei uns ganz vorwiegend in der Weise geführt, daß für Erwachsene Fürsorge getroffen wird. Für eine solche Fürsorge im großen Maßstabe gibt die soziale Gesetzgebung die Handhabe. Für die Bekämpfung der Kindertuberkulose stehen die Vorkehrungen noch in den Anfängen. Der Berlin-Brandenburger Heilstättenverein für Lungenkranke hat jetzt eine Kinderheilstätte fertig gestellt. In Lychen war in diesem Sommer eine Kinderheilstätte in Betrieb. Dazu kommt die Kindererholungsstätte vom Roten Kreuz in Schönholz. Zur Entscheidung der Frage, wie der Kampf gegen die Kindertuberkulose zu organisieren ist, sei vor allem die Frage von den Beziehungen zwischen Tuberkulose und Skrofulose zu erörtern. Nach B. sind beide Leiden nicht identisch, sondern die Skrofulose schafft nur einen günstigen Nährboden für die Tuberkulose. Es sind hinsichtlich der besonderen Fürsorge für skrofulöse und tuberkulöse Kinder vier Gruppen zu unterscheiden: 1. blutarme, mit entzündeten Drüsen, Hautausschlägen und Schleimhautentzündung, 2. Kinder mit wirklicher, aber geschlossener Tuberkulose, mit Drüsen- oder Knochen- und Gelenktuberkulose, 3. Kinder mit offener Tuberkulose der Knochen und Gelenke, insbesondere mit Fisteln, 4. Kinder mit Lungentuberkulose. Für die erste Gruppe

Digitized by Google

genüge es, sie in bessere äußere Bedingungen zu versetzen. Die Kinder mit Lungentuberkulose müßten in feste Lungenheilstätten gebracht werden. Für die Kinder aber mit Drüsen-, geschlossener und offener Gelenktuberkulose ist das Beste eine Kur an der See in einem Seehospiz. Redner gab darauf einen kurzen geschichtlichen Überblick über die Entwickelung dieser Seehospize, die besonders in Frankreich zahlreich vorhanden sind und planmäßig geleitet werden. Paris allein unterhält 1200 Betten in den Seehospizen. Sehr wenig ist im Vergleiche hierzu das, was die Stadt Berlin für Seehospizpflege ausgibt, insgesamt 13 000 Mk. jährlich. Auf diesem Gebiete müsse die Stadt Berlin sehr viel mehr tun, umsomehr, weil Ausgaben für diesen Zweck sich wirtschaftlich durchaus lohnen. Die Erfahrung lehre nämlich, daß sehr oft in Seehospizen Erkrankungen an Knochen- und Gelenktuberkulose so ausheilen, daß auch ohne chirurgische Eingriffe die Kinder genesen. Die Stadt Berlin müsse daher ein Seehospiz für Berliner Kinder errichten. In der Diskussion legte Generalarzt Dr. Schaper dar, daß man auf Erfolge mit Seehospizen wie in Frankreich bei uns nicht rechnen dürfe. Frankreich habe das günstige Klima an seinen Seeküsten voraus. Wo finde man aber weiter bei uns Privatleute, die Millionen für Seehospize hergeben, wie dies in Frankreich geschehen ist. Dr. Karewski forderte, daß man bei der Auswahl der Fälle, die man den Seehospizen zuweist, sehr sorgfältig vorgehe. Man solle, solange man nicht mehr Seehospize hat, weniger Kinder hinschicken, diese aber länger dort verweilen lassen. Eine sichere Kenntnis von den Dauererfolgen der Seehospize stehe allerdings noch aus. Baurat Herzberg erörterte die Frage, wo man am besten Seehospize erbaut. Es kommen besonders Inseln in Betracht. Hier hat man darauf Bedacht zu nehmen, daß man Sandinseln wählt. Prof. Hoffa betonte, welche günstigen Erfolge bei Kindern mit Knochentuberkulose in Seehospizen, insbesondere nach den Beobachtungen in Berck sur mer erzielt werden. Prof. Orth schlug vor, Seehospize u. a. auch an entlegeneren Stellen, z. B. in Neapel oder auf Madeira, zu errichten. Die Gesellschaft beschloß die Einsetzung einer Kommission, die darüber beraten soll, wie die Baginskysche Anregung sich am besten für Berlin verwirklichen läßt. Dr. C. S. Engel demonstrierte zum Schluß einen desinfizierbaren Kinderwagen für den Transport mit ansteckenden Krankheiten behafteter Kinder.

Ärztlicher Verein in Hamburg.

Sitzung vom 4. November 1902.

(Vereinsbeilage N. 50 der Deutschen med. Wochenschrift 1902.)

Demonstration von Deutschländer: Ein 13jähriges Mädchen mit **Sprengelscher Deformität.** Anamnestisch ist zu erwähnen, daß die Mutter im sechsten Monate der Gravidität gefallen ist und daß das Kind in Beckenendlage zur Welt kam. Über abnorme Fruchtwassermenge wird keine besondere Angabe gemacht. Die Deformität bestand gleich von Geburt an. Der vorgestellte Fall zeigt einen rechtsseitigen Schulterblatthochstand von ca. 2 cm. Der subspinale Teil des medialen Schulterblattrandes ist bogenförmig ausgeschweift, der obere mediale Schulterblattwirbel ist verlängert (links 4 cm, rechts 7 cm) und reicht bis zwei Finger breit an das Schlüsselbein. Gleichzeitig besteht eine stärkere Entwickelung der beiden Processus transversi des siebenten Halswirbels, so daß bei bestimmten Stellungen des Schulterblattes Druck auf den Plexus brachialis eintritt. Ferner ist noch eine rechtskonvexe Cervikalskoliose und eine Verkleinerung der rechten Gesichtspartie zu verzeichnen. Funktionell besteht ein geringer Bewegungsdefekt in den Exkursionen des Armes nach hinten oben. Vom angeborenen Schiefhals unterscheidet sich die Deformität durch das Fehlen von anatomischen Veränderungen im Musculus sternocleidomastoideus, von einer Skoliose durch das Fehlen des Rippenbuckels und der Außenrotation des Schulterblattes. Ätiologisch reiht Deutschländer den Fall in die Kategorie der intrauterinen Belastungsdeformitäten ein (Demonstration des Röntgenbildes).

Digitized by Google

Verein deutscher Ärzte in Prag.

Sitzung vom 7. November 1902.

(Prager med. Wochenschrift 1902 No. 51.)

Dr. Springer demonstriert 3 Kinder im Alter von $^1/_2$—2 Jahren mit angeborenen **Schnürfurchen durch Simonartsche Bänder** verursacht. Bei dem einen Kinde ist das rechte Ohrläppchen scharf in zwei Hälften geteilt, sonst keinerlei Mißbildung. Die anderen zeigen als Vorstufen der sogen. Spontanamputation tiefe zirkuläre Furchen an den Extremitäten, das eine in der Mitte des rechten Unterschenkels mit dadurch bedingter Peromelie; der Fuß stellt von der Furche an einen schlaffen flossenähnlichen Anhang mit kleinen Wärzchen an Stelle der Zehen dar, nach dem Röntgenbilde enthält diese Flosse keinerlei knöcherne Teile. Außerdem sind an dem Kinde mehrere Phalangen an den Händen und dem anderen Fuße amputiert, an einzelnen tiefe Schnürfurchen.

Das dritte Kind, $^3/_4$ Jahr alt, zeigt nur in der Mitte des linken Unterarmes eine schräggestellte schmale zirkuläre Einschnürung, die linke Hand, im ganzen etwas paretisch, zeigt typische Krallenstellung (Ulnarislähmung), jedoch keine Atrophien. Als Erklärung dieses Befundes zeigt sich die erwähnte Schnürfurche an der ulnaren Seite am tiefsten eingesenkt; das Skiagramm erweist die Vorderarmknochen frei von Schnürung.

Dr. Springer bespricht weiter die zukünftige operative Behandlung dieser Fälle, speziell bezüglich des letzten Falles käme, falls die bis jetzt recht erfolgreich betriebene Massage und Faradisation kein befriedigendes Resultat ergäbe, die Freilegung des N. ulnaris innerhalb der Furche in Betracht.

S. demonstriert ein 6jähriges Mädchen, an dem er vor 6 $^1/_2$ Monaten die unblutige Reposition nach Lorenz bei einer rechtsseitigen kongenitalen Hüftgelenksluxation mit völligem funktionellen wie anatomischen Erfolge vorgenommen hat. Die bestandene Verkürzung von 3 cm ist ganz behoben, ebenso die Lordose und das Watscheln beim Gehen, der Kopf ist an normaler Stelle in der Pfanne, die Beweglichkeit im Hüftgelenke allseits normal, der Trochanter in der Roser-Nelaton-Linie. Das Mädchen geht ganz normal, nur eine leichte Abduktion erinnert daran, daß es durch 6 Monate in dieser Stellung einen Gipsverband getragen hat.

Das Röntgenbild zeigt den Kopf in der Pfanne reponiert. —

Sitzung am 14. November 1902.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 49.)

Doz. Dr. Lieblein stellt einen Kranken vor, bei welchem er wegen einer die Peritonealhöhle eröffnenden Pfählungsverletzung mit Erfolg operativ eingegriffen hat. Der Pat., ein 9jähriger Knabe aus Herrendorf bei Prag, fiel am 9. Oktober mittags von einem Birnbaum aus einer Höhe von 3 m so unglücklich, daß er sich den dürren Ast eines Hollunderstrauches durch das Skrotum in den Unterleib einrannte. Bei der Untersuchung an der Klinik ($^1/_4$ 4 Uhr nachmittags) zeigte sich die Haut der vorderen Bauchwand im Bereiche der rechten Pararektallinie in einer Ausdehnung vom Rippenbogen bis etwas unterhalb des Nabels durch einen stabartigen Fremdkörper in Form einer Falte abgehoben. Das untere Ende des Fremdkörpers ließ sich durch die Haut deutlich durchtasten, während das obere sich unterhalb des Rippenbogens in der Tiefe verlor. Die Eingangspforte für das pfählende Instrument fand sich am Grunde der rechten Hodensackhälfte, nahe der Raphe in Form einer ca. hellergroßen Öffnung, durch welche eine Sonde in einen gegen die vordere Bauchwand führenden Wundkanal gelangte. Kein Aufstoßen, kein Erbrechen, auch keine Druckschmerzhaftigkeit des Unterleibes. Nur die Berührung des Fremdkörpers sehr schmerzhaft. Harn frei von Blut. Unter Allgemeinnarkose zunächst Spaltung der Haut über dem Fremdkörper, sodann Eröffnung der Peritonealhöhle an der Stelle, an welcher dieser das Peritoneum durchbohrt hatte. Derselbe, ein ca. 20 cm langer kleinfingerdicker Hollunderast, reichte mit seinem oberen Ende bis an die Unterfläche der Leber. Beim Absuchen der Bauchhöhle auf Organläsionen fanden sich solche nicht, man fand jedoch in der Peritonealhöhle noch zwei weitere Fremdkörper, die entfernt wurden: nämlich ein kleines Stück Hosenstoff und ein Stück Haut, das der Form und Größe nach dem Defekt im Skrotum entsprach. Beide Fremdkörper waren durch das pfählende Instrument in die Bauchhöhle verschleppt worden. Aus-

Digitized by Google

spülung der Bauchhöhle, Drainage derselben mittels eines Jodoformgazestreifens, im übrigen Verschluß der Operationswunde. Verlauf nach der Operation vollständig zufriedenstellend, nur die Hautnähte mußten wegen einer Infektion des Pfählungskanales am zweiten Tage gelöst werden. Pat. wird in einigen Tagen aus der Spitalspflege entlassen werden. In Anschluß an diesen Fall bespricht der Vortr. den Mechanismus und die Therapie derartiger Verletzungen.

Französischer Chirurgenkongreß.

Paris 20.—25. Oktober 1902.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 47.)

Guinard-Paris: **Über Appendicitis mit pleuritischen Metastasen.** Vortr. sprach über eine besondere Form von Appendicitis mit links- oder rechtsseitiger Pleuritis kompliziert, wo letztere nicht, wie es gewöhnlich bei solchen Komplikationen der Fall ist, per contiguitatem, sondern als septikämische Metastase entsteht. G. hat zwei Fälle dieser Form beobachtet.

Im ersten von ihnen handelte es sich um einen 11jährigen Knaben, der im akuten Anfall von Appendicitis operiert worden war. Die infektiösentzündlichen Läsionen erstreckten sich hier von der Fossa iliaca bis zur unteren Fläche der Leber. Eine Woche nach der Ablation des erkrankten Wurmfortsatzes entwickelten sich plötzlich die Symptome einer akuten linksseitigen Pleuritis exsudativa. Bei der Probepunktion wurden 850 ccm seröser Flüssigkeit entleert. Aber schon 2 Tage nachher verschlechterte sich noch der allgemeine Zustand des kleinen Pat. Mehrere in verschiedenen Richtungen vorgenommene Probepunktionen (eine davon verletzte den Magen, ohne üble Folgen nach sich zu ziehen) ergaben keine Spur von Eiter. Darauf schritt Vortr. zur explorativen Pleurotomie und fand einen zwischen Zwerchfell und linker Lunge gelegenen, mit stinkendem Eiter gefüllten Abszeß, welchen er evakuierte. Der Knabe genas.

Die zweite Beobachtung betraf einen 50jährigen Mann.

Vortr. ist der Meinung, daß in diesen beiden Fällen die Komplikationen seitens der Pleura nicht vom Zwerchfell aus durch Infektion der Lymphbahnen, sondern als entfernte Metastasen einer durch die Appendicitis bedingten allgemeinen Septikämie entstanden sind. Er hebt die Korrelation zwischen der Natur des pleuralen Ergusses und der Intensität des Appendicitisfalles hervor; dei leichten Anfällen bleibt der Pleuraerguß serös, bei starken Krisen wird er purulent bei demselben Pat. Es folgt aus diesen Beobachtungen, daß man bei gewissen Pleuritiden nach der Möglichkeit ihrer Entstehung als Metastasen von einem infizierten Wurmfortsatz aus immer forschen soll.

Société de pédiatrie zu Paris.

Sitzung vom 20. Mai 1902.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 102.)

Die Herren Degny und B. Weil haben während weniger Monate sechs Fälle von **Herzthrombose bei Diphtherie** gesehen. Alle diese Fälle verliefen fast gleich: Die Krankheit setzt ein wie gewöhnlich; unter dem Einflusse des Serums verschwinden die Pseudomembranen und die Krankheit scheint lokal geheilt; trotzdem persistiert das Fieber und das schlechte Allgemeinbefinden, der Venenkreislauf scheint gehemmt, progressives Ödem der Beine tritt auf, der Herzschlag wird schwach und unregelmäßig, Exitus letalis. Bei der Autopsie zeigt sich Endokarditis. Ein Mikroorganismus findet sich im Blute bei Lebzeiten und im Herzblute unmittelbar nach dem Tode, ebenso in Endokardschnitten. Es ist ein kleiner, beweglicher, nach Gram färbbarer Diplococcus, den die Verff. als Diplococcus perlucidus bezeichnen.

Herr Richardière stellt einen Fall von **Myxödem** bei einem 4 1/2 Jahre alten Kinde vor. Das Kind macht den Eindruck eines Säuglings von 5—6 Monaten; es ist 65 cm hoch und wiegt 9 kg. Es hat nur fünf Zähne, die eben durchge-

Digitized by Google

brochen sind, Hypothermie (36°) und einen schwachen Puls von 120—130 Schlägen in der Minute. Herzgeräusche an der Spitze und an der Basis. Die fest anliegende Haut ist nach Schilddrüsendarreichung geschmeidiger geworden, auch die Temperatur etwas gestiegen.

Herr Villemin zeigt einen 4jährigen Knaben, der als Mädchen gemeldet, in Wahrheit aber ein **Hypospadiacus** ist. Die kleine Rute ähnelt einer großen Klitoris; die Hoden sind in den großen Labien deutlich fühlbar.

Derselbe berichtet einen Fall von Kombination von **Gliom** und **Sarkom**. Ein 2jähriges Kind wurde wegen Gliom der rechten Retina operiert. Bald darauf entstand ein sekundärer Tumor in der rechten Schläfengegend. Bei der Einlieferung in das Krankenhaus war Pat. kachektisch; die Leber war enorm vergrößert. Sie wog bei der Autopsie 1715 g und war mit vielen großen Sarkomknoten durchsetzt; der Schläfentumor war ein Sarkom, das die Schädelwand durchbrochen hatte und in den Schädel eingedrungen war.

IV. Kleine Mitteilungen.

Die Kinderpflegerinnenschule im Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause in Berlin, so lautet ein Artikel (die Krankenpflege, Bd. II, Heft 1) von Prof. A. Baginsky, der diese Institution ins Leben gerufen hat, um eigenes Pflegepersonal für die Anstalt heranzubilden, und mit den bisher erzielten Resultaten recht zufrieden ist. B. referiert kurz über die Entstehungsgeschichte der Schule, über die Art und Weise des Unterrichtes und des Ausbildungsganges der Pflegerinnen, über die Satzungen der Schule u. dergl.

Bromokoll bei Pruritus wandte Lanz mit bestem Erfolge an und empfiehlt diese Salbe warm als Antipruriginosum, bei lokalem und allgemeinem Pruritus, Lichen simplex u. s. w.

Eine Milchpumpe mit Glasballon, an welchem ein mit Glashahn armiertes Glasrohr angebracht ist, wodurch die abgezogene Muttermilch vermittelst eines auf die Glasröhre befestigten Schlauchstückes dem Kinde direkt zugeführt, oder aber bequem und sauber in eine Saugflasche übergefüllt werden kann, empfiehlt (Centralblatt f. Gynäk. 1902 No. 51) Dr. H. Gloeckner in Berlin. Zu beziehen vom Medizin. Warenhause in Berlin.

Der 39. Jahresbericht aus dem Kinderspital in Basel enthält gleich seinen Vorgängern in seinen zahlreichen Tabellen, Berichten und Krankengeschichten sehr viel des Interessanten und Lehrreichen. In der Klinik wurden 533 Pat. behandelt, in der Poliklinik 1103 Kinder.

V. Neue Bücher.

Jessners **Dermatologische Vorträge für Praktiker.** Heft 9. Die Hautleiden kleiner Kinder. (Würzburg, Stuber, 1903, Preis Mk. 0,90.)

Es ist zweifellos ein glücklicher Gedanke des Verf., gerade die Hautleiden kleiner Kinder zum Gegenstande eines besonderen Vortrages gewählt zu haben. Wenn natürlich auch die Dermatosen des Kindesalters viel Gemeinschaftliches mit den Affektionen beim Erwachsenen haben, so zeigen sie doch andererseits so viele Besonderheiten, daß der Praktiker oft genug große Schwierigkeiten hat, sie zu beseitigen. Nach dieser Richtung wird ihm das vorliegende kleine Büchlein manche wertvollen Dienste erweisen, und wir können dasselbe auch den Pädiatern empfehlen. Vielleicht läßt es sich der Verf. in einer zweiten Auflage angelegen sein die therapeutische Seite noch mehr zu vertiefen und nach manchen Richtungen zu ergänzen. Max Joseph (Berlin).

Nil Filatow. **Klinische Vorlesungen über Kinderkrankheiten.** Heft II. Verlag von F. Deuticke, Wien (Preis Mk. 6).

Die klinischen Vorlesungen des bekannten, leider jüngst verstorbenen Moskauer Pädiaters, von seinen Assistenten gesammelt, von Türk, Bahr und Martinson ins Deutsche übertragen, haben trotzdem wir keinen Mangel an ähnlichen Bearbeitungen

Digitized by Google

haben, auch bei uns warme Aufnahme gefunden. Die seltene Beobachtungsgabe des Verf.s, die sich mit großer Erfahrung paarte, seine Kunst, in kurzen, prägnanten Zügen Krankheitsbilder zu entrollen, das für die Praxis Wichtige rasch und dabei mit voller Klarheit zu skizzieren, diese Vorzüge sind auch dem deutschen Ärztepublikum längst bekannt und haben den Arbeiten F.s zu rascher Verbreitung und großer Beliebtheit verholfen. Im vorliegenden II. Bande der „Vorlesungen" werden 20 Krankheitsbilder im Anschluß an interessante Einzelfälle dem Leser vorgeführt und bei jeder Affektion auch der Therapie genügend Raum gegeben. Die Lektüre des Werkes ist von Anfang bis zu Ende fesselnd, anregend und im höchsten Grade belehrend. Grätzer (Sprottau).

Ph. Biedert, **Lehrbuch der Kinderkrankheiten.** 12. Auflage. Verlag von F. Enke, Stuttgart (Preis Mk. 18).

In die Bearbeitung dieser neuen Auflage des allgemein beliebten Lehrbuches hat sich B. geteilt mit dem Prager Dozenten R. Fischl, der zahlreiche Kapitel selbständig umgearbeitet hat. Man wird, wenn man diese Auflage mit der vorigen vergleicht, recht umfangreiche Veränderungen finden. Allenthalben sind die einzelnen Kapitel durch Anfügen der Ergebnisse neuerer Arbeit auf den modernen Stand unseres Wissens fortgeführt worden, viele Themata (z. B. über septische Infektion der Säuglinge, Syphilis, Rhachitis, Tuberkulose, Skrofulose, Bluterkrankungen, Immunität, Diphtherie, Magendarmaffektionen, Perityphlitis u. s. w.) haben eine fast gänzliche Umgestaltung erfahren, manche, wie Kolondilatation, Pyloruskrampf, Myxidiotie, Status lymphaticus sind neu aufgenommen worden. Mit Recht ist aber die gesamte Anordnug des Stoffes belassen worden, mit Recht eine größere Anschwellung des Umfanges vermieden worden. Letzteres wurde ermöglicht durch straffere Redaktion des Textes an vielen Stellen, worin B. Meister ist, so daß die Klarheit der Diktion absolut nicht geschmälert erscheint. So wird sicherlich auch die neue Auflage mit dem alten Wohlwollen von Pädiatern und praktischen Ärzten aufgenommen werden und weiteste Verbreitung finden.

Grätzer.

Neue Dissertationen.

Eras, Gerhard. Über angeborene Makroglossie. (Leipzig, November 1902.)

Hoffmann, Max. Mißbildung des äußeren Ohres. (München, November 1902.)

Jatho, Max. Über universelles Ödem bei Neugeborenen. (Marburg, November 1902.)

Kreß, Eugen. Über Organgewicht bei Kindern. (München, November 1902.)

Rosenberger, Georg. Die Hypertrophie der lymphatischen Gebilde des Rachens als Symptom der Skrofulose. (Leipzig, November 1902.)

Schicke, Richard. Melaena neonatorum spuria. (Marburg, November 1902.)

VI. Monats-Chronik.

Charlottenburg. **Fürsorge für schwachbefähigte Schulkinder.** Eine außerordentliche Sorgfalt wendet nach der „Voss. Ztg." die städtische Schulverwaltung in Charlottenburg denjenigen Kindern zu, die durch persönliche oder durch häusliche Verhältnisse verhindert sind, an dem allgemeinen Schulunterricht teilzunehmen. Für schwachbefähigte Kinder sind zwei Hilfsschulen eingerichtet, von denen die erste vier, die zweite fünf Klassen hat. Das Lehrsystem ist 3stufig. Der Lehrstoff ist so verteilt, daß an der ersten Hilfsschule der Stoff der zweiten Stufe auf die Klassen 2 und 3, an der zweiten Schule der Stoff der ersten Stufe auf die Klassen 1 und 2, derjenige der dritten Stufe auf die Klassen 4 und 5 entfällt. Um zwei Kindern, die infolge besonderer körperlicher Gebrechen nicht gehen und deshalb dem Schulunterricht nicht beiwohnen können, den notwendigsten Unterricht dennoch zu gewähren, sind zwei Hilfslehrerinnen beauftragt, die Kinder in der elterlichen Wohnung in einigen wöchentlichen Stunden zu unterrichten. Für die stotternden, stammelnden und mit sonstigen Sprachgebrechen behafteten Kinder

Digitized by Google

werden Sprachheilkurse abgehalten, an denen im letzten Jahre im Sommer 45, im Winter 43 Kinder teilnahmen. Von den ersteren wurden 23 geheilt, 20 erheblich und 2 wenig gebessert, bei den letzteren betrug die Zahl der Geheilten 31, während 9 erheblich und 3 wenig gebessert wurden.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 102.)

Berlin. Eine **amtliche Umfrage zur Kenntnis der Diphtherie** wird, wie die „Voss. Ztg." mitteilt, bei den Ärzten im Deutschen Reiche demnächst veranstaltet werden. Die Umfrage hat den speziellen Zweck, über den vorbeugenden Wert des Diphtherieserums Aufschluß zu gewinnen. Auf dem internationalen Hygienekongreß zu Paris wurde eine internationale Kommission eingesetzt, deren Mitglieder in ihren Ländern statistische Angaben über den vorbeugenden Wert des Diphtherieserums sammeln sollen. Für das Deutsche Reich ist Professor Loeffler in Greifswald, der Entdecker des Diphtheriebazillus, Mitglied dieser Kommission. Die Ergebnisse der Umfrage, für welche im kaiserlichen Gesundheitsamte ein Fragebogen zusammengestellt worden ist, sollen Prof. Löffler überlassen werden. Er wird sie auf dem nächstjährigen internationalen Hygienekongreß in Brüssel zur Kenntnis der internationalen Kommission bringen.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 101.)

Wien. **Der Preis des Diphtherieheilserums**, welches im staatlichen serotherapeutischen Institute erzeugt wird, wird vom 1. Januar 1903 an eine Ermäßigung erfahren. Die Preise für unmittelbar aus dem Institute abgegebene Serumsorten werden beim Absatze von mindestens 10 Fläschchen in folgender Weise bestimmt: a) für ein Fläschchen gewöhnlichen Serums in Mengen von 6—10 cm^3: bei Sorte I zu 700 Antitoxineinheiten 1,20 Kronen, Sorte II zu 1000 AE. 2 Kronen, Sorte III zu 1500 AE. 3 Kronen, b) für ein Fläschchen hochwertigen Serums in Mengen von 5—7 cm^3: Sorte A zu 1000 AE. 3 Kronen, Sorte B zu 1500 AE. 4 Kronen, Sorte C zu 2000 AE. 5 Kronen. Die Preise des aus dem Institute bezogenen Heilserums werden beim Detailverkauf in Apotheken in folgender Weise festgesetzt: Sorte I 1,80 Kronen, Sorte II 2,60 Kronen, Sorte III 4 Kronen, A 4 Kronen, B 5 Kronen, C 6 Kronen. Auf jedem zum Vertriebe im Inlande bestimmten Fläschchen des Serumpräparates sind der Detailverkaufspreis, sowie der Zeitpunkt ersichtlich zu machen, bis zu welchem das Heilserum von der Institutsleitung als verwendbar erklärt wird. Nach Ablauf dieses Termines können in den Apotheken nicht umgesetzte Fläschchen gegen frisches Heilserum von der Institutsleitung kostenlos umgetauscht werden. Die Preise des Diphtherieheilserums des staatlichen Institutes sind nunmehr niedriger als in irgend einem anderen Lande, namentlich gegenüber denen der deutschen Fabriken.

Wien. **Beistellung von Diphtherieheilserum für arme Kranke im Epidemieverfahren.** Hinsichtlich der Bestreitung der Auslagen für bei mittellosen Kranken angewendetes Diphtherieheilserum hat das Ministerium des Innern in einem speziellen Falle mit dem Erlasse vom 3. September 1902 eröffnet, daß jene Grundsätze, welche im Falle der Einleitung des Epidemieverfahrens bezüglich der Beistellung von Heilmitteln für arme Kranke zu beobachten sind, in analogen Fällen auch auf das Diphtherieheilserum Anwendung zu finden haben.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1902 No. 50.)

Darmstadt. Hierselbst wurde die erste hessische **zahnärztliche Poliklinik** für Volksschulkinder eröffnet. Eine solche Poliklinik besteht im Deutschen Reiche nur noch in Straßburg i. E. (Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 100.)

Personalien: An Stelle des erkrankten Prof. **Krabler** ist Privatdoz. Dr. **W. Müller** für das laufende Semester mit der Abhaltung der Kinderklinik in Greifswald betraut worden. — Zum Professor ernannt Privatdoz. Dr. Freiherr v. **Dungern** in Freiburg i. B. — Ferner unser verehrter Mitarbeiter, der Privatdoz. für orthopäd. Chirurgie, Dr. **G. Joachimsthal** in Berlin.

Gestorben Geh. S.-R. Dr. **S. Ehrenhaus** in Berlin.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

VIII. Jahrgang. 1. März 1903. No. 3.

I. Originalbeiträge.

(Aus dem Säuglingsheim in Dresden. Dir.: Herr Prof. Dr. Schlossmann.)

I. Erfahrungen über Sanatogen.

Von

Dr. **Eugen Fromm,**

Volontärassistent an der Anstalt.

Tag für Tag wirft die chemische Industrie neue Nähr- und Kräftigungsmittel, teilweise mit überschwänglichen Anpreisungen versehen, auf den Markt, und der Praktiker, der aus der Unzahl der Präparate ein wirklich brauchbares auswählen soll, sieht sich oft außer stande, das Richtige zu treffen, wenn er zugleich das Neueste und Beste seinen Klienten empfehlen will.

Kann doch die klinische Beobachtung, deren Zweck es ist, dem Praktiker die Wege zu ebnen, mit dem gehäuften gleichzeitigen Erscheinen der verschiedenen Präparate nicht gleichen Schritt halten, wenngleich eine nicht unbeträchtliche Anzahl schon von vornherein ausgeschieden wird, da ihre Zusammensetzung und angebliche Wirkungsweise bereits theoretische Bedenken erweckt bezw. sich als unmöglich erweist.

Besondere Schwierigkeiten ergeben sich dann, wenn ein solches Präparat in der Kinderpraxis Verwendung finden soll, da doch der kindliche Organismus auf alles, was ihm zugeführt wird, weit intensiver reagiert als der des Erwachsenen, und so oft einerseits erhebliche Schädigungen eintreten, wo bei älteren Individuen nur kein Vorteil wahrzunehmen ist, andererseits das Präparat etwa seines Geschmackes wegen vom Kinde überhaupt nicht genommen wird, während der Wille des aus dem Kindesalter hinausgetretenen sich darüber hinwegzusetzen vermag.

Unter den verhältnismäßig nicht zu zahlreichen Erzeugnissen dieser Art, an die nicht schon a priori mit großem Mißtrauen herangegangen werden mußte, und deren versprochene Wirkung theoretisch nicht unwahrscheinlich war, darf wohl das Sanatogen in erster Reihe genannt werden.

Sanatogen besteht aus 95 % Kaseïn, dem Eiweißstoff der frischen Milch und 5 % glyzerin-phosphorsaurem Natrium und ist eine leicht lösliche und vor allem leicht resorbierbare Substanz.

Da somit keine Schädigung der Kinder zu befürchten war, hat mir mein Chef, Herr Professor Dr. Schlossmann, den Auftrag erteilt, bei einer größeren Anzahl von zum überwiegenden Teil dem Säuglings-

Digitized by Google

alter angehörenden schwächlichen und rekonvaleszenten Kindern die Wirkung des Sanatogens nach der Richtung der Gewichtszunahme, der Veränderung der Stühle und des Allgemeinbefindens zu beobachten.

Das Sanatogen wurde in Gaben von 1—2 Messerspitzen entweder in Wasser gelöst vor dem jedesmaligen Anlegen den Brustkindern eingeflößt oder in gleicher Dosis zugleich mit der Milch den Flaschenkindern verabreicht. Größere Kinder erhielten 3mal täglich 1 bis 2 Kaffeelöffel in Suppe oder Milch.

Meine Beobachtungen erstrecken sich auf ca. 20 Kinder, von denen allerdings die Hälfte aus äußeren Gründen nicht längere Zeit beobachtet werden konnte. Jedenfalls waren aber unter all den Kindern nur zwei, welche während der Sanatogendarreichung Erbrechen bekamen, das aufhörte, als das Sanatogen abgesetzt wurde. Von allen übrigen wurde das Präparat gut genommen. Bei 10 Kindern konnten die Beobachtungen über eine Reihe von Wochen fortgesetzt werden. Davon waren bei acht ganz beträchtliche Gewichtszunahmen zu verzeichnen, ja bei 3 Kindern setzte diese Zunahme in ganz auffälliger Weise 1—2 Tage nach der Sanatogendarreichung ein.

Es waren dies zwei 2 Monate alte Zwillingskinder, die vorher nur ganz mäßig zunahmen, und deren Gewichtskurven ohne irgend welche anderen Einwirkungen mit der Zugabe von Sanatogen einen ziemlich steilen Anstieg nahmen, und ein, durch eine Magendarmerkrankung sehr herabgekommenes, 3monatliches Kind, das sich zwar an der Ammenbrust wieder gut erholt hatte, gleichwohl aber erst, nachdem es Sanatogen bekommen hatte, ganz bedeutende Zunahmen erreichte.

Bei einem an häufig rezidivierender Furunkulose leidenden Kinde dürfte neben der entsprechenden Medikation und Ernährung mit Buttermilch die Zuführung weiterer Nährsubstanz in Form von Sanatogen gewiß dazu beigetragen haben, die Gewebe widerstandsfähiger zu machen und den Heilungsprozeß zu beschleunigen.

Gewiß wird niemand bei tiefgreifenden organischen Veränderungen vom Sanatogen die Heilung erwarten oder verlangen, immerhin schien es mir, als ob bei Kindern, welche Sanatogen längere Zeit erhalten hatten, der Kräfteverfall nicht so rapid eintrat, als man nach der Schwere des Zustandes hätte erwarten können.

Eine von mehreren Beobachtern angeblich gefundene Besserung des Stuhles, die auf das Sanatogen allein oder hauptsächlich zurückzuführen wäre, vermochte ich nicht wahrzunehmen.

Sicher aber war das subjektive Befinden der Kinder, soweit es sich abschätzen ließ, während der ganzen Beobachtungszeit ein recht befriedigendes. —

Gänzlich wird der praktische Arzt der Nährpräparate schon deshalb nicht entraten können, weil das Publikum selbst danach verlangt, zumal in den Fällen, wo der Arzt sich nicht veranlaßt sieht, irgend eine Medikation zu geben. Um nicht den Anschein der Unkenntnis oder der Gleichgültigkeit zu erwecken, muß er sich wenigstens zur Verordnung eines Kräftigungsmittels entschließen, und wenn er dann das Sanatogen wählt, so wird er wenigstens die Befriedigung haben, nicht bloß, ut aliquid fiat, eine Verordnung gegeben, sondern

Digitized by Google

ein Präparat empfohlen zu haben, dem ein Wert keineswegs abzusprechen ist, und das trotz seines gewiß nicht allzu niedrigen Preises immer noch um $^1/_3$ billiger ist als z. B. die Somatose.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Chef, Herrn Prof. Dr. Schlossmann, für die freundliche Überlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

---

2. Über Xeroform in der Kinderheilkunde.

Von

Dr. E. Toff,

Frauen- und Kinderarzt in Braila (Rumänien).

Die Zahl der guten Heilmittel ist in der Kinderheilkunde eine so geringe, daß es mir nicht überflüssig erscheint, auf eines derselben nachdrücklichst hinzuweisen, nachdem es, wie ich glaube, in dieser Hinsicht noch viel zu wenig gewürdigt wird.

Das Xeroform, bekanntlich ein Tribromphenolwismuth, hat sich einen weiten Wirkungskreis als Wundantiseptikum erworben, doch halte ich dafür, daß seine interne Anwendung noch viel zu vernachlässigt ist, obwohl schon Hüppe (1) mit demselben bei Cholera ausgezeichnete Erfolge erzielen konnte. Die dabei, selbst bei erheblich geschwächten Individuen, angewendeten großen Dosen, zeigten die vollständige Ungiftigkeit des Mittels. Gleichzeitig wurde auch die Beobachtung gemacht, daß selbes nicht nur ein gutes Adstringens sei, sondern auch als kräftiges Darmantiseptikum reagiere.

Im sauren Magensafte so gut wie unlöslich, spaltet es sich unter der Einwirkung des alkalischen Darminhaltes in Tribromphenol, welches eine energische antibakterielle Wirkung ausübt, und in Wismutoxyd, das nicht nur austrocknend und deckend wirkt, sondern auch mit den im Darme befindlichen Toxalbuminen und Ptomainen unlösliche Verbindungen eingeht und auf diese Weise der deletären Wirkung der verschiedenen Mikroorganismen entgegenarbeitet (2). Es verdient noch hervorgehoben zu werden, daß Xeroform eine auffallend desodorisierende Wirkung auf die Stühle ausübt, was wohl mit auf die antibakteriellen Eigenschaften desselben zu beziehen wäre (3).

Auch Heuss (4), Fasano (5) und Beyer (6), haben das Xeroform intern bei akuter und chronischer Enteritis mit gutem Erfolge angewendet.

Trotz dieser vielen günstigen Ergebnisse, blieb die interne Anwendung des Xeroforms in der Kinderpraxis eine ziemlich beschränkte. Es ist dies vielleicht auf das Mißtrauen zurückzuführen, das von seiten vieler Ärzte neueren Mitteln entgegengebracht wird, welches sie oft an dem Wertlosen, doch von alters her Überlieferten, festhalten läßt.

Ich benutze das Xeroform seit 7 Jahren in der Behandlung akuter und chronischer Durchfälle bei Kindern und habe in demselben ein ebenso verläßliches, als auch prompt wirkendes Mittel gefunden. Es kommt da, wie ich glaube, nicht nur die antiseptische

Digitized by Google

Wirkung der Phenolverbindung und die deckende des Wismutoxyds, sondern auch die analgetische des Broms in Betracht, ein Umstand, welcher, meines Wissens, noch nicht genügend hervorgehoben wurde. Daß Brom zur Resorption kommt, ist durch die chemischen Harnuntersuchungen Reynders' erwiesen. Schon kurze Zeit nach Einnahme von Xeroform kann Brom im Harn nachgewiesen werden.

In den sehr zahlreichen Fällen von Enteritis oder Gastroenteritis bei Kindern, in welchen ich Xeroform intern zu geben Gelegenheit fand, habe ich nie irgend welche nachteilige Wirkung oder Intoxikationserscheinung beobachten können. Auch die von anderer Seite angegebene bräunliche Verfärbung des Harns (Phenolharn) habe ich niemals gesehen.

Die Geschmack- und Geruchlosigkeit des Mittels machen die Verabreichung desselben bei Kindern sehr leicht, während die analgetische Wirkung die Anwendung der Opiate fast immer überflüssig erscheinen läßt, eine nicht zu unterschätzende Eigenschaft, wenn man die großen Nachteile der Anwendung derselben in der Kinderheilkunde in Betracht zieht.

Bei Gastritiden mit heftigem Erbrechen ist die Anwendung des Xeroforms sehr vorteilhaft; während oft jedwedes andere Medikament erbrochen wird, mag man es in was immer für einem Vehikel verabreichen, wird Xeroform nicht nur gut vertragen, sondern es stellt sich bald wieder die Toleranz für nährende Flüssigkeiten ein.

Ich verordne gewöhnlich bei den oben erwähnten Darmaffektionen, für Kinder bis zu 2 Jahren, 0,5—1,0 g Xeroform auf 100 g Emulsio amygdalina oder Mixt. gummosa, lasse eventuell noch etwa Syrupus Menthae hinzusetzen und stündlich je einen Kaffeelöffel, sowohl bei Tag, als auch bei Nacht geben. Es ist dies vorteilhafter, als das Verabreichen größerer Dosen in längeren Zwischenräumen und stelle ich mir vor, daß auf diese Weise die Verteilung des Mittels im Magendarmtrakte gleichmäßig geschieht und folglich auch die Einwirkung eine gleichmäßige sein dürfte. Bei größeren Kindern ist die Dosis etwas größer zu bemessen und kann man bis 2,0 g täglich geben. Höhere Dosen sind unnötig, da man bei schwerer, tiefgreifender Schädigung der Darmschleimhaut doch nicht auf ein mirakulöses, plötzliches Aufhören der Krankheit rechnen kann und es daher vorzuziehen ist, kleinere Mengen längere Zeit einnehmen zu lassen, als durch große Dosen und gleichsam mit einem Schlage die Krankheit zu beheben zu trachten. Selbstredend muß in allen diesen Fällen die Diät peinlich genau geregelt werden, denn wenn die Krankheitsursache nicht behoben ist — und in der überwiegenden Mehrzahl dieser Kinderkrankheiten handelt es sich um Diätfehler — so kann natürlich auch das beste Mittel nur ephemäre Erfolge haben.

Bei abnormen Gärungsvorgängen im Verdauungstrakte, Meteorismus, Koliken u. s. w., wie man sie namentlich bei mit der Saugflasche ernährten Kindern findet, habe ich oft Xeroform verordnet und war mit den Erfolgen sehr zufrieden.

Hingegen habe ich von der internen Anwendung des Xeroforms in zwei Fällen von chronischer Urticaria bei Kindern keine sonderlichen Erfolge gesehen. Die diesbezügliche Empfehlung von

Digitized by Google

Ehrmann (7) dürfte wohl eher auf akute Urticariafälle zu beziehen sein, wo infolge der darmantiseptischen Wirkung des Mittels die guten Resultate wohl erklärlich sind, doch habe ich die Überzeugung, daß in den oben erwähnten chronischen Fällen es sich keineswegs um Einflüsse von seiten des Darmes handelte. Eines dieser Kinder, welches bei gutem Appetit, guter Darmentleerung und sonstiger guter, wenn auch graziler Körperkonstitution jahrelang an chronischer Urticaria gelitten hatte, wurde nach 25 Moorsalzbädern gesund, nachdem vorher resultatlos alle möglichen internen und externen Mitteln angewendet wurden.

Im Laufe dieses Sommers, während einer heftigen endemischen Dysenterie habe ich das Xeroform vielfach mit gutem Erfolge sowohl intern, als auch in Clysma angewendet.

Auch bei Typhus abdominalis, namentlich im diarrhoischen Stadium dürfte sich die deckende und antiseptische Wirkung des Xeroforms gut bewähren, obwohl mir in dieser Beziehung, bei dem hier im allgemeinen seltenen Vorkommen von reinem Abdominaltyphus bei Kindern, nähere Erfahrungen fehlen. Doch würde ich dasselbe bei den so häufigen gastrischen Fiebern paludischen Ursprunges nur ungerne vermissen.

Bezüglich der externen Anwendung des Xeroforms in der Kinderpraxis soll hervorgehoben werden, daß hierbei die antiseptische und sikkative Kraft in Verbindung mit der absoluten Reizlosigkeit desselben vorzüglich zu statten kommt und das Jodoform vollkommen entbehrlich macht. Es ist dies namentlich bei Säuglingen nicht zu unterschätzen, wo Jodoform sehr oft hartnäckige Ekzeme erzeugt. Nach rituellen Zirkumzisionen ist die Anwendung des Xeroforms sehr zu empfehlen, um eine rasche Vernarbung zu erzielen. Es ist von Vorteil in diesen Fällen nicht nur die Präputialwunde, sondern auch die Intercruralfalten u. s. w. mit Xeroform zu bestreuen, um Entzündungen der Haut vorzubeugen.

Im allgemeinen habe ich schon seit langem die Anwendung von Amylum oder Lycopodium bei Wickelkindern verlassen, nachdem ich gefunden habe, daß Xeroform mit Talcum venet. āā part. aeq. das beste Vorbeugungsmittel für Intertrigo ist. Das so vielbeliebte Reismehl bildet mit den Hautsekreten und dem Harne eine Art Teig, welcher, in Gärung übergehend, nicht nur keinen Nutzen bringt, sondern direkt reizend, folglich schädlich auf die zarte Haut des Kindes einwirkt. Ich habe öfters langwierige Dermatitiden, welche auf diese Ursache zurückzuführen waren, in wenigen Tagen mit obigem Xeroformtalkpulver zum Schwinden gebracht.

Eine weitere Indikation für die Anwendung des Xeroforms in Pulver- oder Salbenform bilden die im Kindesalter so überaus häufigen nässenden Ekzeme, möge ihr Sitz wie immer, hinter den Ohren, an der Nase, der Oberlippe oder sonst irgendwo am Körper sein. Ich will es nicht unterlassen, hier gelegentlich hervorzuheben, daß ich als Salbengrundlage Ung. simplex oder Ung. emolliens dem Vaselin bei weitem vorziehe, nachdem letzteres von der kranken kindlichen Haut nicht gut vertragen wird und oft durch dasselbe die Entzündungserscheinungen gesteigert werden. Vielleicht ist der Grund darin zu

Digitized by Google

suchen, daß viele Vaseline des Handels nicht ganz rein sind und wahrscheinlich öfters reizende Stoffe beigemengt enthalten.

Seitdem ich bei Anwendung von Jodoformverbänden heftige Intoxikationssymptome auftreten sah, habe ich es aufgegeben, dieselben bei Brandwunden anzuwenden, und dies um so mehr, als ich die von Fink(8), Metall(9), Paschkis(10), Cumston(11) bei Erwachsenen erzielten guten Erfolge auch in der infantilen Therapie vollauf bestätigt fand. Es darf nicht vergessen werden, hier auch auf die schmerzstillende Wirkung des Xeroforms hinzuweisen. Werden die von Haut entblößten, verbrannten Stellen mit Xeroform dick bestreut, darüber Watte gelegt und mit Binden fixiert, so beruhigen sich die bis dahin schreienden und unruhigen Kinder auffallend schnell. Der Verband kann wochenlang liegen bleiben ohne gewechselt zu werden, und ist dies nur dann notwendig, wenn derselbe von den Sekreten durchtränkt ist oder sich soweit gelockert hat, daß die wunden Flächen durch die Bewegungen des Kindes schmerzhaft gescheuert werden.

Ohne die günstige Wirkung des Kalomels auf skrofulöse Geschwüre der Konjunktiva und Hornhaut in Abrede stellen zu wollen, muß doch gesagt werden, daß Xeroforminspersionen ebenso gute Resultate geben, und daß letztere sogar vorzuziehen sind, da man Xeroform den Müttern ungescheut nach Hause geben kann, was bei Kalomel nicht sehr rätlich ist.

Akzidentelle und operative Wunden verbinde ich immer mit Xeroform, da ich einerseits die Sicherheit habe, kein Wundekzem zu erzeugen und andererseits die Heilung ebenso rasch als unter Jodoform vor sich geht. Reine Operationswunden bleiben auch unter Xeroform aseptisch und heilen per primam, was genug wichtig ist, wenn man bedenkt, daß in der Stadtpraxis bei operativen Eingriffen nicht immer jene absolute Asepsis durchgeführt werden kann, welche man in den großen Kliniken als etwas Natürliches ansieht.

Bei Otitis media suppurativa haben sich Xeroformeinblasungen außerordentlich gut bewährt. Dieselben wirken nicht nur sekretionsbeschränkend auf den Ohrenfluß, sondern auch heilend auf die häufig bestehenden sekundären Ekzeme des äußeren Ohrs.

Wenn ich also die Erfahrungen, welche ich mit Xeroform in der Kinderheilkunde im Laufe von 7 Jahren in Hunderten von Fällen gemacht habe, kurz zusammenfasse, muß ich sagen, daß wir in demselben ein ausgezeichnetes, nicht reizendes und ungiftiges Mittel besitzen, welches in glücklicher Kombination ein Antiseptikum und Sikkativum vereinigt, daher also bei allen Wunden und nässenden Hautaffektionen, sowie bei einer großen Anzahl von Erkrankungen des Magendarmtraktes mit ausnehmend gutem Erfolge angewendet werden kann.

Literaturverzeichnis.

1. Hüppe. Die Choleraepidemie in Hamburg. Berliner klin. Wochenschrift 1893 No. 7.

2. Nencki. Wratsch 1893 No. 1.

3. L. Reynders. Versuche über die Ungiftigkeit des Xeroforms und die Entgiftung des Darminhaltes durch Xeroform. Monographie, Nancy 1896.

Digitized by Google

4. E. Heuss. Über Xeroform, ein neues Pulverantiseptikum. Therap. Monatshefte, April 1896.
5. A. Fasano. Klinische Versuche mit Xeroform. Archivio Internazionale di medicina e chirurgia, 28. August 1897.
6. Th. Beyer. Über die Verwendung des Xeroforms in der kleinen Chirurgie. Wiener medicin. Blätter 1896 No. 52.
7. Ehrmann. Die externe und interne Anwendung des Xeroforms in der Dermatologie. Wiener medicin. Blätter 1898 No. 22.
8. H. Fink. Xeroform. Wiener klin. Rundschau 1897 No. 20.
9. H. Metall. Zur Xeroformtherapie venerischer Erkrankungen. Wiener medicin. Presse 1897 No. 39.
10. H. Paschkis. Die Verwendung des Xeroforms bei Haut- und Geschlechtskrankheiten. Wiener klin. Rundschau 1897 No. 42.
11. G. G. Cumston. Xeroform als Jodoformersatz. Boston Med. and Surg. Journ. 14. Januar 1898.

II. Referate.

H. Starck. Über den therapeutischen Wert der Bismutose.

(Aus der Heidelberger med. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 47.)

Das Präparat wurde bei 37 Kindern angewandt, von denen neun das 13. Lebensjahr überschritten hatten, die übrigen 8 Wochen bis 12 Jahre alt waren. 10mal handelte es sich um Brechdurchfall, 6mal um chronischen (2mal tuberkulösen), 17mal um akuten Darmkatarrh, 4mal um Ulcus ventriculi. Alle wurden ambulant behandelt. Die Wirkung war beim Brechdurchfall und akuten Darmkatarrh ganz vorzüglich, ebenso in 4 Fällen chronischer Enteritis; 1 Fall von tuberkulöser Enteritis blieb unbeeinflußt, 9 Fälle von Ulcus ventriculi wurden gebessert. Beim Brechdurchfall hörten mehrmals Erbrechen und Durchfall bereits nach dem ersten Tage auf, der Appetit kehrte wieder, die Kinder wurden lebhaft und nahmen rasch an Gewicht zu; in hartnäckigeren Fällen konnte das Medikament stets nach 8—10 Tagen ausgesetzt werden. Auch beim akuten Darmkatarrh schwanden Schmerzen und Durchfall nach einem oder wenigen Tagen, der Ernährungszustand hob sich rasch.

Man gibt das Präparat, das stets gut vertragen wurde und nie unangenehme Nebenerscheinungen machte, in häufigen Dosen von $^1/_2$—1 g (pro die 6—10 g) als Pulver (das auch von kleinen Kindern gern genommen wurde, noch besser aber in Form folgender Mixtur:

Rp. Bismutose
Mucil. gumm. arab. āā 15,0
Aq. dest. ad. 100,0
S. Stündl. 1—2 Kaffeelöffel.

St. faßt sein Urteil dahin zusammen, daß Bismutose „ein unschädliches, geschmackloses, auch von kleinen Kindern leicht einzunehmendes, vorzügliches Adstringens ist, das Reizzustände des Magendarmkanals der Kinder in günstigster Weise beeinflußt“.

Grätzer.


Digitized by Google

Ernst Deutsch (Budapest). Die Anwendung von Bismutose bei den Magendarmerkrankungen der Säuglinge.

(Magyar Orvosok Lapja 1902 No. 38.)

Verf. erprobte die Bismutose an 23 Säuglingen an der Ambulanz der „Gratismilch“-Institution zu Budapest, und zwar 17mal bei Cat. intest. acutus und 6mal bei Cholera infantum. Zuerst wurde der Säugling durch Baby-Purgo laxiert, dann bekam er je nach dem Alter stündlich oder 2stündlich 1 Messerspitze Bismutose. Dabei wurde strenge Diät (Kufeke-Suppe, Michaelis-Kakao u. s. w.) verordnet. Abgesehen von den in ultimis hereingebrachten Kindern genasen sämtlich innerhalb 3—5 Tagen, infolgedessen die Bismutose als Stypticum in jeder Hinsicht entsprechend betrachtet werden kann. Das Mittel selbst wurde gut vertragen, da es den unangenehmen Metallgeschmack des Bism. subnitr. entbehrt. Daher nehmen es die Kinder lieber als die übrigen Adstringentien. Die Verabreichung geschah entweder per os in Dosen von 1—2 g und 6—12 g pro die, oder als Schachtelpulver (billiger!) 1—2stündlich 1 Messerspitze, oder aber in 10—20 % Suspension mit dem Magen- oder Darmschlauch, wo das Erbrechen die Einnahme verhindert.

J. Hönig (Budapest).

Goliner. Zur Behandlung der Magendarmaffektionen im Kindesalter.

(Der Kinderarzt 1902 No. 12.)

G. gab in den ersten 3 Monaten Odda als Zugabe zur verdünnten Kuhmilch, und zwar 1/2—1 Teelöffel auf die Flasche, später ließ er sie als Nahrung nehmen. Das Präparat erwies sich bei dyspeptischen Kindern als ganz gutes Nutriens, wurde gern genommen, bewirkte bald ständige Zunahme des Körpergewichts.

Aus seiner Versuchsreihe führt G. drei Beispiele (6 Wochen, 10 Monate, 1 1/2 Jahre altes Kind) an, welche zeigen, wie gut Odda wirkte.

Grätzer.

Br. Schürmayer (Hannover). Die Dr. Theinhardtschen Nährpräparate in der ärztlichen Praxis.

(Deutsche Praxis 1902 No. 10.)

P. Jacob (Charlottenburg). Über Theinhardts lösliche Kindernahrung.

(Der Kinderarzt 1902 No. 11.)

Die Verff. lassen sich über Zusammensetzung und Vorzüge der „löslichen Kindernahrung“ aus, die sich der Muttermilch sowohl in prozentischer Zusammensetzung der einzelnen Nährmaterialien, wie auch in der physiologischen Ausnutzung überaus günstig nähert. Das erwies auch die Anwendung in der Praxis, wo mit dem Präparate

Digitized by Google

sehr günstige Erfolge erzielt wurden, und zwar schon bei Kindern im ersten Lebensmonat, sei es gesunden, sei es mit Gastritis und Enteritis behafteten. Auch in der Rekonvaleszenz nach akuten fieberhaften Krankheiten leistete das Präparat als eine Schonungsdiät vorzügliche Dienste.

Grätzer.

E. Kraus (Wien). Über den Wert des „Hygiama" als Nährmittel.

(Therap. Monatshefte 1902 No. 12.)

Hygiama wurde 12 Kindern im Alter von $1^1/_2$ Jahren bis zu 14 Jahren gegeben; es handelte sich vornehmlich um anämische, rhachitische, nach Infektionskrankheiten geschwächte Kinder, ferner um solche, die mit chronischem Magenkatarrh oder nervöser Dyspepsie behaftet waren, und um zwei chlorotische Mädchen. Von allen wurde das Mittel gern genommen und gut vertragen. In 8 Fällen wurde nach 2—3 monatlichem Gebrauch namhafte Gewichtszunahme erzielt, bei zwei Rhachitikern besserten sich die Krankheitserscheinungen, bei den Kindern mit Magenkatarrh bezw. Dyspepsie wurden auch diese Affektionen günstig beeinflußt, gleichwie auch die Anämie und Chlorose.

Grätzer.

G. Flatau (Berlin). Über Fleischsaft „Puro".

(Sep.-Abdr. aus „Die ärztliche Praxis" 1902 No. 14.)

Unter F.s Material befanden sich auch 3 Kinder ($1^1/_2$—2 Jahre alt), die an Anorexie litten, schwach, müde, blaß u. s. w. waren. Durch „Puro", das als Zusatz zu Suppen gern genommen wurde, hob sich der Appetit, die Kinder bekamen ein blühendes Aussehen, wurden rege und munter.

F. zeigt auch an der Hand von Literaturberichten, wie „Puro", das auch bei ganz kleinen Kindern erfolgreich angewandt wurde, sich als leicht bekömmliches, gut schmeckendes Präparat bei schwächlichen Kindern, Blutarmen und Chlorotischen bestens bewährt hat.

Grätzer.

J. Reichelt. Mitteilungen über die Indikationen zur Anwendung des Kufeke-Kindermehles.

(Med. Blätter 1902 No. 10.)

In der Frühwaldschen Poliklinik wurde Kufeke-Mehl schon Kindern unter 3 Monaten verabfolgt. Es bewährte sich nicht nur bei akuten und subakuten Enteritiden, sondern auch bei chronischen Darmaffektionen. Auch zur Ernährung größerer, gesunder, sowie schwächlicher und rekonvaleszenter Säuglinge und Kinder empfiehlt Verf. das Mehl.

Grätzer.


Digitized by Google

H. Salge. Künstliche Präparate für die Ernährung des Säuglings.

(Aus der Kinderklinik der Charité.)

(Zeitschr. für diätetische und physikalische Therapie Bd. 5 Heft 4.)

In einer kritischen Übersicht über die verschiedenen auf den Markt gebrachten Nährpräparate glaubt S. vornehmlich zwei Gruppen derselben unterscheiden zu sollen, 1. solche, die für sich allein eine vollständige Nahrung oder wenigstens einen wesentlichen Bestandteil derselben darstellen, 2. Präparate, die als Zusatz zur Nahrung diese für den Säugling geeigneter machen sollen. Die erste Gruppe ist bestrebt, soweit es sich nicht um einfache Milchkonserven (die sehr zuckerreiche Schweizermilch, das ohne Zuckerzusatz präparierte Löfflundsche Fabrikat) handelt, die in der Zusammensetzung der Frauen- und Muttermilch bestehenden Unterschiede auszugleichen.

Das älteste dieser Präparate, das sich aber gegen die ausgedehnte Konkurrenz nach wie vor zu behaupten vermag, ist das Biedertsche künstliche Rahmgemenge, das als Rahmkonserve zum Zusatz zur Kindernahrung (in den Präparaten von Sauer, Pizzala, Drenckhan) oder schon fertig zubereitet (Fabrikate von W. Schneider und Th. Timpe) in den Handel kommt.

Nachgebildet ist der Biedertschen Rahmkonserve die Löfflundsche, die einen Teil der Kohlehydrate als Maltose enthält. Auch die Gärtnersche Fettmilch ist ein ähnliches, trinkfertig in den Handel kommendes Präparat, das mit der Zentrifuge aus zur Hälfte mit Wasser verdünnter Vollmilch bereitet wird und durchschnittlich 1,5 % Eiweiß, 3 % Fett und 6—7 % Zucker enthält. Vegetabilisches Fett (aus Nüssen, Mandeln u. s. w. herstammend, enthält die in der Zusammensetzung dem Biedertschen Rahmgemenge nahekommende Lahmannsche vegetabilische Milch.

Ferner versuchte man das schwerverdauliche Eiweiß der Kuhmilch durch eine Vorverdauung für den kindlichen Organismus geeigneter zu machen oder es ganz durch ein leicht verdauliches Eiweiß zu ersetzen.

Die Backhaus-Milch wird so hergestellt, daß Magermilch, in der das Eiweiß durch Tripsin vorverdaut ist, mit Wasser und Rahm versetzt wird. Das fertige Präparat enthält 0,6 % Kasein, 1 % Albumin, 3 % Fett und 6—7 % Milchzucker. Eine ganz ähnliche Zusammensetzung gleichfalls auf dem Wege der Vorverdauung ist durch die seit 20 Jahren bewährte Voltmersche Muttermilch auf einem etwas einfacheren Wege erreicht. Einen Zusatz von fremdartigem Eiweiß (Hühnereiweiß) enthält die Riethsche Albumosenmilch, während Somatose in der Hartmannschen Somatosenmilch und in der Sauerschen Somatose Ramogen Verwendung gefunden hat.

Die Hempel-Lehmannsche Milch wird bereitet durch Verdünnung der Kuhmilch bis zu einem Kaseïngehalt von 0,75 %, Zusatz von Hühnereiweiß, Eidotter, Rahm und Zucker. Auch in dem Hesse-Pfundschen Eipulver hat das Ei und verdünnter Rahm Verwendung gefunden.

Digitized by Google

Die Rosesche Muttermilch ist nur aus Milcheiweiß, Butterfett, Zucker, Salzen und Wasser in den Verhältnissen der Frauenmilch zusammengesetzt. Diesen sich immer künstlicher zusammensetzenden Präparaten stehen einige trockene Milchkonserven gegenüber, die sich darauf beschränken, in Serien für die verschiedenen Lebensmonate des Kindes in den Fett- und Kohlehydratgehalt zu regulieren. Es sei in dieser Hinsicht namentlich Allenburys Milchnahrung erwähnt.

Als Übergang zur zweiten Gruppe ist der Malzsuppenextrakt aufzuführen, der von Löfflund, Schering u. a. in den Handel gebracht wird und zur Bereitung der Liebig-Kellerschen Malzsuppe dient. Die übrigen als Zusatz zur Kindernahrung dienenden Präparate sind entweder fermentativer Natur (wie Timpes Milchpulver, aus Pankreatin und Zucker bestehend) oder das Pegnin v. Dungerns, das durch vorherige Labgerinnung und Zerkleinerung der entstandenen groben Gerinnsel die Verdauungsarbeit beschränken will.

Die Kindermehle sind entweder mit (Nestles, Rademanns, Mufflers, Theinhardts Präparate, Opels Nährzwieback, Löfflunds Milchzwieback) Milch, oder ohne dieselbe (Kufekes Mehl, Mellins Food) hergestellt. Der Milchzusatz ist ohne jede praktische Bedeutung und alle diese Präparate sind als alleinige Nahrung für den Säugling umsomehr zu verwerfen, als die aus ihnen bereiteten Abkochungen einen so geringen Kaloriengehalt haben, daß das zur Deckung des Energiebedarfs eines 5 Kilo schweren Säuglings schon durchschnittlich 2,5 Liter notwendig haben. Eine Bedeutung können sie nur für Anwendung der Ruhediät bei Darmkrankheiten haben, als Zusatz zur Milch an Stelle von gewöhnlichem Mehl, das bei guter Qualität und Reinheit diesem Zwecke in ganz derselben Weise entspricht.

Ist eine kohlehydratreiche Nahrung bei Atrophie und chronischen Verdauungsstörungen angezeigt, so wird die Liebigsuppe unbedingt allen Kindermehlen vorzuziehen sein.

Aber auch die künstlichen vom chemischen Standpunkte vollkommeneren Ersatzmittel der Muttermilch erzeugen, da sie alle Eigenschaften einer frischen Nahrung entbehren, schwere Ernährungsstörungen, wie die Barlowsche Krankheit.

Auf das vergebliche Bemühen mit unseren heutigen Hilfsmitteln eine künstliche Nahrung der Muttermilch vollständig konform zu gestalten, hat ja auch Heubner hingewiesen (Ref.)!

Eschle (Sinsheim).

Salomon Székely. Über Säuglingsernährung.

(Orvosi Hetilap 1903 Bd. 50 Heft 1.)

Verf. berichtet über die Art und Weise der Herstellung jener Säuglingsmilch die nach seiner Angabe verfertigt wird. Die auf 40—60° C. erwärmte Milch wird in einem starkwandigen Gefäße (Dekaseïnator) mit Kohlensäure vermengt, bis der Manometer 25 bis 30 Atm. Druck zeigt. Auf diesem mechanischen Wege erreicht S. die Ausscheidung des Kaseïns; die abgelassene Serummenge wird im Verhältnis von 2:1 mit Obers und dazu mit 1,5% Zucker (Rohr-

Digitized by Google

und Milchzucker zu gleichen Teilen) versetzt und eine Stunde hindurch in offenen Flaschen pasteurisiert. Die so hergestellte Säuglingsmilch besitzt folgende chemische Zusammensetzung:

Wasser	88,10
Fett	3,34
Kaseïn	1,20
Albumin	0,50
Milchzucker	6,25
Suspendierte Salze	0,06
Gelöste Salze	0,55

Große Wichtigkeit mißt S. dem bakteriellen Einfluß der Kohlensäure zu, wodurch die Sterilisation vernachlässigt werden kann.

E. Deutsch (Budapest).

A. Hippius. Einige Fragen aus dem Gebiete der Milchpasteurisation.

(Djetskaja Medizina 1902 Nr. 2.)

Angesichts der immer wachsenden Verbreitung des Pasteurisierens der Milch zwecks ihrer Entkeimung wirft Verf. einige hierher gehörige Fragen auf, die er auf Grund seiner eigenen Erfahrungen zu beantworten sucht. Vor allem fragt es sich: ist es besser, die Milch bei sich zu Hause zu pasteurisieren oder sich bereits fertig pasteurisierter, in speziellen Anstalten bearbeiteter Milch zu bedienen? H. zieht aus verschiedenen schwerwiegenden Gründen das erstere Verfahren unbedingt vor. Die Gefahr einer neuerlichen Verunreinigung der Milch nach erfolgter Pasteurisation ist dabei eine minimale oder fehlt gänzlich. Sämtliche Milchpartikeln werden in den geschlossenen Soxhletflaschen gleichmäßig und genügend erwärmt. Sowohl das die Pasteurisation besorgende Dienstpersonal als auch die Bezugsquelle der Milch kann überwacht und kontrolliert werden. Nicht selten müssen der Milch noch vor dem Pasteurisieren diese oder jene Ingredienzien auf Vorschrift des Arztes zugesetzt werden, was zu Hause bequem geschehen kann. Der von H. konstruierte Apparat ist billig und leicht zu handhaben, so daß seiner Verwendung in jedem Haushalte nichts im Wege steht. Der zweite Punkt betrifft die Frage, ob man Kindern eine Milch darreichen dürfe, die am Tage vorher pasteurisiert und dann in der Kälte gehalten worden ist. Autor bejaht mit Entschiedenheit diese Frage, wenigstens soweit es sich um die in seinem Apparate pasteurisierte Milch handelt, welche, wie mehrfach vorgenommene Untersuchungen beweisen, noch am Tage nach der Pasteurisation eine auffallend geringe Menge von neuem zur Entwicklung gelangter Keime enthält und einmal sogar sich als völlig steril erwiesen hat. — Auch die Frage, ob es gestattet sei, auch Neugeborenen unverdünnte Kuhmilch zu verabfolgen, entscheidet H. in positivem Sinne. Erst vor kurzem entschloß sich Verf., unverdünnte pasteurisierte Milch zur Ernährung Neugeborener vom ersten Lebenstage an zu empfehlen. Ihm stehen sieben diesbezügliche Beobachtungen zur Seite, welche folgendes ergaben. Zwei Neugeborene bekamen sterilisierte Vollmilch, ein Kind erhielt einfach

Digitized by Google

aufgekochte, und vier Neugeborene wurden mit Vollmilch ernährt, die im H.schen Apparate pasteurisiert wurde. Nur die Kinder der letzten Gruppe gediehen vortrefflich und tadellos, während die mit sterilisierter und gekochter Vollmilch gefütterten an Erbrechen und Verstopfung litten. Diese Erscheinungen verschwanden bei einem 5wöchentlichen Knaben sofort, als man vom Soxhletapparate zur pasteurisierten Milch überging. Diesen Unterschied sucht Verf. durch den Umstand zu erklären, daß bei einer Erhitzung der Milch über 80° C. und beim Kochen derselben die Labgerinnung entweder gänzlich aufgehoben oder bedeutend gehemmt wird, während durch das Pasteurisieren das Labferment nicht im mindesten alteriert wird.

A. Dworetzky (Moskau).

Leo Natanson. Über den Milchpasteurisierapparat von Dr. E. Kobrak.

(Aus Blumenthals Chem.-bakteriol. Institut in Moskau).

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 Nr. 1.)

Schon aus rein mathematischen Berechnungen kam N. zu dem Resultat, daß die Pasteurisierung in Kobraks Apparat bei verschiedenen Temperaturen stattfindet. Er machte dann praktische Versuche und sah, daß unter zehn Versuchen das Temperaturmaximum nur in zweien 60° überstieg; das Minimum war sogar von zehn Versuchen 7mal niedriger als 60°. Die Resultate entsprachen also den Angaben Kobraks, — daß im Apparat schon nach 5 Minuten die Temperatur auf 65° steigt und dieselbe nach $1^1/_2$ Stunden nicht unter 60° fällt — nicht und konnten an und für sich keinen Grund zur Annahme geben, daß die erzielten Temperaturen eine genügende keimtötende Wirkung ausüben würden. Und dies wurde auch bei den bakteriologischen Versuchen bestätigt. Während im Hippiusschen Apparate die Milch sich fast in allen Fällen als steril erwies, ergab die im Kobrakschen Apparate pasteurisierte Milch in mehr als der Hälfte der Versuche das Überleben einer reichlichen Anzahl von Keimen, und zwar in den Fällen, wo der Apparat infolge der niedrigen Temperatur der Rohmilch nicht genügend hohe Wärmegrade produzieren konnte. Im ganzen ergaben von 22 in verschiedener Weise den häuslichen Verhältnissen angepaßten Versuchen 13 ein vollständig ungünstiges Resultat. N. kann sich also nur dahin aussprechen, daß Kobraks Apparat weder als genau, noch als rationell bezeichnet werden kann. Daß er nur gewisse Portionen (150 und 250 g) pasteurisiert, daß er zu umfangreich und schwer ist, sind ebenfalls Nachteile. Die Hauptsache aber ist, daß er nicht seiner Bestimmung entspricht, Rohmilch von beliebiger Temperatur zu entkeimen. Grätzer.

Valvassori-Peroni. Zur künstlichen Ernährung der Säuglinge.

(Gazzett. d. Ospedali 1902 Nr. 120.)

Verf. hält die Bedenken, die in letzter Zeit von verschiedenen Seiten gegen die Sterilisierung der Milch geltend gemacht worden

Digitized by Google

sind, für übertrieben; er glaubt, daß ein großer Teil der krankhaften Erscheinungen, die auf die sterilisierte Nahrung zurückgeführt werden, seinen Grund vielmehr in einer Überernährung der Kinder habe. Jedenfalls hält er die Verbreitung der im Laboratorium gewonnenen Anschauungen von der Bedeutung der Fermente u. s. w. in Laienkreise und die Diskreditierung der Milchsterilisierung für ein sehr gefährliches Unternehmen.

Bei eventuellen Dyspepsien führt Verf. Fermente, wie Papain, Pankreatin, Pepsin, Maltin direkt in den Magen des Säuglings ein.

F.

A. B. Marfan und **Ch. Gillet.** Über zwei Fermente der Milch.

(Monatsschrift f. Kinderheilkunde, November 1902.)

In der auch für die Praxis der Ernährung sehr wichtigen Erforschung der verschiedenen in der Milch vorhandenen löslichen Fermente, deren genaue Kenntnis voraussichtlich manche unserer gegenwärtigen Anschauungen über die Ernährung ändern werden, haben die Verff. einen bedeutsamen Schritt weiter getan, indem sie zwei dieser Fermente genau untersuchten: die Oxydase und die Lipase. Die interessanten Ergebnisse dieser Untersuchungen werden auseinandergesetzt.

Grätzer.

Ernst Moro. Über die Fermente der Milch.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde Bd. 56, Ergänzungsheft.)

Angeregt durch eine Theorie Escherichs, wonach das ausgezeichnete Gedeihen der Säuglinge bei Zufütterung auch nur geringster Mengen von Menschenmilch auf die Anwesenheit von Fermenten in dieser zu beziehen sei, unterwarf M. die Milch von Frauen und von Tieren einer erneuten Untersuchung auf ihren Fermentgehalt. Er fand 1. ein saccharifizierendes Ferment, die Milchamylase, welche aus Stärke in überwiegender Menge Dextrine und nur wenig Maltose bildete; 2. von proteolytischen Fermenten Trypsin und Pepsin in Spuren; 3. ein koagulierendes (Fibrin-) Ferment, das spontan nicht gerinnende Fibrinogenlösungen, wie z. B. Hydrocelenflüssigkeiten zur Gerinnung bringt; 4. ein fettspaltendes lipolytisches; 5. ein salolspaltendes und 6. in der Kuhmilch ein oxydatives Ferment (Oxydation von Salicylaldehyd zu Salicylsäure).

Das diastatische Ferment charakterisiert gewissermaßen die Menschenmilch, es fehlt vollständig der Kuh- und Ziegenmilch; im Gegensatz dazu sind die Oxydasen gerade der Kuhmilch eigentümlich, während sie in der Menschenmilch gänzlich vermißt werden. Die übrigen Fermente verteilen sich ziemlich gleichmäßig auf sämtliche Milcharten.

Bezüglich der Herkunft der Milchfermente ergibt sich, daß dieselben außerordentlich verbreitet im ganzen Organismus, und daß außer dem Trypsin sämtliche auch im Blute nachgewiesen sind.

Höchst wahrscheinlich sind dieselben also Abkömmlinge des Blutes. Sie spielen sicher für die Verdauung und Assimilation keine

Digitized by Google

Rolle, da sie entweder unausgenützt den Körper passieren, wie die Diastase oder in einer kaum in Betracht kommenden Menge vorhanden sind.

Die Frage, ob die Fermente Stoffe oder Eigenschaften von Stoffen sind, beantwortet M. dahin, daß er in der Fermentwirkung der Milch nicht so sehr den Ausdruck einer vom mütterlichen Organismus der Milch zugeführten Substanz, als vielmehr eine spezifische Reaktion des Milcheiweißes sieht. Die Verschiedenheit dieser Reaktion muß auf eine chemisch verschiedene Zusammensetzung des materiellen Substrates, d. h. des Milcheiweißes zurückgeführt werden. Daraus ergibt sich die chemische Verschiedenheit des Menschenmilch- und des Kuhmilcheiweißes.

Die Wirkung der Fermente auf das Gedeihen der Kinder illustriert ein Versuch an zwei Brustkindern, denen von einem bestimmten Tage ab ihre Ammenmilch nur gekocht verabreicht wurde, wodurch die Fermente zerstört waren. Beide zeigten von diesem Tag ab eine deutliche Verflachung der Kurve ihres Gewichtsanstieges.

Hecker (München).

E. Schreiber und **K. Dreger.** Zur Chemie der Frauen- und Kuhmilch.

(Centralblatt f. Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten 1902 No. 18.)

Die chemische Differenz der Frauen- und Kuhmilch ist ja durch zahlreiche Untersuchungen genügend erwiesen. Es erhob sich aber die Frage, ob diese Unterschiede nicht etwa durch die Verdauung verwischt würden, so daß die peptischen Endprodukte beider Milcharten sich chemisch näher rückten. Mit Hilfe der vielfach benutzten biologischen Methode ließ sich zeigen, daß die chemische Differenz sich auch bis in die Verdauungsprodukte erhält. Die durch Injektion von künstlich verdauter Frauenmilch gewonnenen Laktosera reagieren nämlich nicht auf künstlich verdaute Kuhmilch und umgekehrt reagieren die Laktosera der verdauten Kuhmilch nicht auf verdaute Frauenmilch. Dagegen reagieren die Laktosera der verdauten Milch auf die unverdaute Milch der gleichen Art. Schreiber (Göttingen).

W. Caro. Über Buttermilch als Säuglingsnahrung.

(Archiv f. Kinderheilkunde Bd. 34 Heft 5 und 6).

Die Versuche C.s, Buttermilch als Nahrung für magendarmkranke Säuglinge zu verwenden, bestätigen vollauf die günstigen Erfahrungen de Jagers, Teixeira de Mattos, Schlossmanns, Hammarstens u. a. Zur Verwendung der Buttermilch ist erforderlich, daß dieselbe stets aus Rahm gewonnen wird, der aus frischer Milch ohne Vermischung mit Magermilch stammt. Das Rezept lautet: 1 Liter Buttermilch wird nach Zusatz von 25 g feinsten Weizenmehls und 35 g Rohrzucker unter fortwährendem Umrühren mindestens 2 Min. lang gekocht. Findet sich hierbei Stärke im Stuhl, so kann statt des Weizenmehls dextrinisiertes Kindermehl genommen werden. Es

Digitized by Google

wurden bisher 198 Säuglinge kürzere oder längere Zeit mit Buttermilch ernährt, darunter 157 mit Erfolg. Dabei wurde keine Rücksicht auf die jeweilige Affektion genommen.

Von Kindern mit normaler Verdauung wurde die Buttermilch genau so gut vertragen, unter denselben Gewichtszunahmen, wie jede andere künstliche Nahrung. Hervorragende Erfolge zeigten sich bei Kindern mit akuten Darmstörungen. Wurde die Nahrung auch anfangs zumeist widerwillig getrunken oder erbrochen, so trat doch gewöhnlich schon am zweiten Tage die charakteristische Besserung der zuerst dünnen, schleimigen Stühle ein. Dieselben wurden zu einer festen, hellgelben, homogenen Paste, mitunter auch hart und klumpig, die Reaktion war alkalisch. Die Gewichtssteigerung bei Kindern, die Buttermilch gut vertrugen, betrug durchschnittlich 150 bis 300 g pro Woche. Die darzureichende Nahrungsmenge richtet sich im ganzen nach dem Bedarf des Säuglings und seinem Lebensalter. In einer Anzahl von Fällen, bei denen die Buttermilch auch in kleinen Mengen nicht vertragen, sondern erbrochen oder nicht assimiliert wurde, mußte zu fettreicherer Nahrung übergegangen werden. C. ist der Ansicht, daß wir zur Zeit keine bessere künstliche Nahrung bei den Verdauungsstörungen der Säuglinge kennen, als die Buttermilch.

Hecker (München).

H. Finkelstein. Die Ernährung der Säuglinge im Kinderasyl der Stadt Berlin.

(Die Medizinische Woche 1902 No. 45.)

Die Anstalt beherbergt täglich 90 Säuglinge, im Jahre 12—1400. Die Mortalität betrug im ersten Jahre des Bestehens 8 %, trotzdem es sich um minderwertige Individuen, meist um Frühgeborene, Schwache und Kranke handelte. Für einen großen Teil dieses Materials ist natürliche Ernährung unbedingtes Erfordernis. Arme stillende Mütter werden eventuell mitaufgenommen und auch zur Ernährung anderer Kinder mit herangezogen. Nicht ohne Interesse, namentlich im Hinblick auf die „wachsende Stillungsnot“, ist es, daß von den 20 bisher im Hause verbliebenen, zumeist aus den dürftigsten Verhältnissen und aus Berlin selbst stammenden Müttern nur eine einzige sich zum Stillgeschäft untauglich erwies, alle anderen vorzügliche Ammen waren, die 2—4 Liter im Tag lieferten und durch viele Monate 3—5 Kinder nährten, dabei selbst gut gedeihend.

Die künstliche Ernährung stellte hohe technische Aufgaben. Es handelte sich darum, täglich 4—500 Einzelportionen von 8—10 verschiedenen Mischungen bezw. Nährungspräparaten herzustellen, zu sterilisieren, zu konservieren. Das Soxhletverfahren war dazu ungeeignet. Man bedurfte graduierter Flaschen mit zweckmäßigem Verschluß; als solcher erwiesen sich zylindrische Aluminiumhütchen, die einfach über den Flaschenhals gestülpt werden und genügend bakteriensicher abschließen. Schwierigkeiten machte auch die Abkühlung. Endlich gelangte man dazu, die Milch in großen Kesseln im Dampfsterilisator zu erhitzen, hierauf einen Zapfdeckel (System

Digitized by Google

Helm) aufzusetzen und nunmehr den Inhalt über einen der im Molkereibetrieb üblichen Rahmkühler zu schicken, der sich im Sammelgefäß mit etwa 18° ankommen läßt; nun erst erfolgte die Mischung mit Zusätzen, die Verteilung in Flaschen, die Aufbewahrung auf Eis. Dieses Vorgehen lieferte bekömmlichere Nahrung, als das übliche Soxhletverfahren. Die gewöhnlichen Milchverdünnungen mit Wasser und Milchzucker leisteten bei den schwächlichen Kindern nur selten Zufriedenstellendes; ebenso einfache Schleimbeimischung. Besseres wurde mit Beimengung von feinem Zwieback oder Kindermehl (Opel, Theinhardt, Rademann, Kufeke, Nestlé) erreicht. Das Beste leisteten maltosereiche Zusätze: Malzsuppe, Soxhlets verbesserte Liebigsuppe, erstere mehr bei älteren, letztere auch bei jüngeren trefflich sich bewährend. Vom Massengebrauche fettreicher Präparate kam man zurück, da bei schwachen Verdauungsorganen Fett recht oft nicht vertragen wird. Außer den Maltosemischungen fand am meisten Anwendung Buttermilch, unter Zusatz von 60 g Rohrzucker und 20 g Weizenmehl bereitet. Sie leistet bei Behandlung schwerer akuter Brechdurchfälle ebenso Vorzügliches, wie bei einer großen Zahl chronischer Ernährungsstörungen; ganz besonders fand sie Verwendung bei verdauungsschwachen Neugeborenen und namentlich Frühgeborenen. Mit keiner anderen Ernährung außer der Muttermilch wurden ähnliche Resultate erzielt; allerdings erreichte die günstige Wirkung oft nach 6—8 Wochen ihr Ende. Man muß ein reines Präparat haben, um diese Ernährung durchzuführen; zuverlässige Milchwirtschaften mit peinlichster Sauberkeit müssen sich mit der Herstellung befassen, um ein einwandfreies Produkt zu liefern.

Dies die Haupternährungsweisen im Asyl. Gelegentlich wurden auch andere Präparate herangezogen. Rühmenswertes sah F. noch vom Allenburyschen Präparate und dem Pegninzusatze zur Vollmilch.

Grätzer.

B. P. B. Plantenga. Kindersterfte en Zuigelingenklinieken. (Ned. Tydschrift voor Geneesk. 1902 Nr. 18).

Beschreibung der Einrichtung und Betriebsweise der ersten Anstalt in den Niederlanden, die bezweckt:

1. den Müttern Rat zu erteilen behufs der Behandlung ihrer Kinder während des ersten Lebensjahres;

2. die Verschaffung geeigneter sterilisierter Nahrung für kunstgemäß genährte Kinder, insoweit solches nötig ist.

Verf. dieses hat diese erste Anstalt hier im Haag ins Leben gerufen aus Anlaß der französischen „Consultations de nourrisons et gouttes de lait“.

Verf. hat aber einige Änderungen eingeführt, welche ihm wünschenswert schienen zur Erhaltung eines besseren Resultats.

Die Anstalt besteht aus: Wartezimmer, Konsultationszimmer nebst speziell geheiztem Wiege- und Untersuchungszimmer und Küche.

Verf. ist täglich während einer bestimmten Zeit zu konsultieren, indem einige Damen ihm aus freiem Triebe ganz unentgeltlich zur

Digitized by Google

Seite stehen bei der Bereitung der zu verschaffenden Nahrung und bei der ordnungsmäßigen Führung der Bücher.

Die Konsultationen werden vom Verf. unentgeltlich verteilt.

Stets wird — wenn wenigstens die Möglichkeit dazu vorhanden ist — auf natürliche Nahrung angehalten und dazu die Nahrung der Mutter selber reguliert und die Gewichtszunahme des Kindes regelmäßig kontrolliert.

Im Konsultationszimmer steht alles zur sofortigen Untersuchung der Muttermilch und der Fäces bereit.

Ist natürliche Nahrung aus irgend einem Grunde nicht möglich, so werden so genau wie nur tunlich Vorschriften gegeben für eine kunstgemäße Nahrung und wird auch diese durch regelmäßige Gewichtsbestimmung des Kindes kontrolliert.

Gibt diese Handlungsweise zu Nahrungsstörungen Anlaß oder sind die hygienischen Bedingungen derart, daß solches zuvor vermutet werden kann oder bleibt die Gewichtszunahme ungenügend, oder ist das Kind, wenn es der Behandlung unterzogen wird, krank, so wird demselben zu verhältnismäßig billigen Preisen sterilisierte Nahrung gereicht. Dieser Preis richtet sich nach den pekuniären Verhältnissen des Verbrauchers.

Durch tägliche Kontrolle der Fäces und des allgemeinen Befindens des Kindes in Kombination mit regelmäßiger Gewichtsaufzeichnung wird die Zweckmäßigkeit der gereichten Nahrung geprüft und bei ungenügender Gewichtszunahme oder bleibender Störung nach Umständen modifiziert.

Indem Verf. auf diese Weise arbeitet gemäß den drei Hauptprinzipien:

1. Verschaffung guter, billiger und in gesonderten Portionen sterilisierter Nahrung;
2. Regulierung der Nahrung auf Grund der Bedürfnisse des Kindes, folglich ganz individuell;
3. Tägliche Kontrolle der Fäces und des allgemeinen Befindens und regelmäßige (wöchentliche) Kontrolle der Gewichtszunahme,

werden mit sehr geringen Unkosten vorzügliche Resultate erzielt, auch bei den Kindern, für die natürliche Nahrung aus irgend einem Grunde unmöglich ist. (Autoreferat.)

J. Stzelbicky. Über die Ernährung der Säuglinge an der Mutterbrust.

(Medizinskoje Obosrenie 1902 No. 7.)

Eingangs illustriert der Autor die in seinem Wirkungskreise (Gouvernement Tula) herrschende Säuglingssterblichkeit durch eine Reihe von Zahlenangaben, die er selbst bezüglich der Kinder von 866 Bäuerinnen, 1000 Arbeiterinnen, 75 Jüdinnen und 460 intelligenten Frauen gesammelt hat. Die 866 Bäuerinnen hatten bis zum Zeitpunkte der Enquête insgesamt 3942 Kinder geboren, von welchen 1933 starben; unter diesen starben in einem Alter bis zu einem Jahre 1112, d. h. 62,1 %. Die 1000 Arbeiterinnen hatten 4328 Kinder geboren, von welchen bis zum Zeitpunkte der Enquête 1764 gestorben

Digitized by Google

waren; im Laufe des ersten Lebensjahres starben 1026, d. h. 58,1 %. Die 75 Jüdinnen hatten insgesamt 383 Kinder geboren, von welchen bis zum Zeitpunkte der Enquête 101 gestorben waren; von diesen starben vor Ablauf des ersten Lebensjahres 51,2 %. Die 460 Mütter endlich, die hauptsächlich den intelligenten und wohlhabenderen Familien gehörten, hatten im ganzen 1865 Kinder geboren, von denen bis zum Zeitpunkte der Enquête 536 gestorben waren; im Alter bis zu einem Jahre starben 268, d. h. 50,0 %.

Was den Ernährungsmodus der Kinder betrifft, so teilt Verf. folgende von ihm selbst gemachte Erfahrungen mit. Von 400 Bäuerinnen stillten ihre jüngsten Kinder an der Brust, wenigstens bis zu einem halben Jahre, 383 Mütter, während 17, d. h. 4,1 %, dies nicht taten. Von 540 Arbeiterinnen stillten ihre Kinder wenigstens ein halbes Jahr lang 494 Mütter, während 46, d. h. 8,4 %, entweder gar nicht stillten oder es nicht bis zum Ablauf des ersten Halbjahres taten. Diese auf den ersten Blick sehr günstigen Ergebnisse werden aber durch den Umstand entwertet, daß, wie es sich bei genauerem Befragen ergibt, fast sämtliche Mütter der beiden genannten Stände ihre Kinder bereits sehr früh, fast vom ersten Lebenstage an, mit Brot, Brei u. dergl. nebenher zu füttern beginnen.

Besonders eingehend studierte der Autor das Stillungsgeschäft bei 300 intelligenten Frauen, wobei er seine Aufmerksamkeit hauptsächlich auf die (nach den Aussagen der Mütter selbst) häufigste Ursache der Unmöglichkeit, die ausschließliche Ernährung mit der Mutterbrust bis zu einem halben Jahre durchzuführen, lenkte, nämlich auf die angebliche ungenügende Milchabsonderung und die geringe Milchmenge in den Brüsten bei der Stillenden. Nach den Untersuchungsergebnissen des Autors haben von den 300 Müttern bloß 91 (30,3 %) ihre jüngsten Kinder bis zu einem halben Jahre ausschließlich an der Brust ernährt, 154 (50,3 %) haben das ausschließliche Stillen an der Mutterbrust nicht bis zum Ablauf der ersten Jahreshälfte durchgeführt, und 55 Mütter (18,3 %) haben ihren Kindern überhaupt keine Brustnahrung gereicht. Klagen über ungenügende Milchabsonderung in den Brüsten wurden vom Verf. in 81 Fällen verzeichnet. Bei der genaueren Untersuchung dieser letzteren zeigte es sich, daß in 40 Fällen als Grund für eine unzureichende Milchmenge in der Wirklichkeit die sich durch das Schreien und durch die Unruhe der Kinder dokumentierende Dyspepsie der Säuglinge diente, wobei die Mütter dieses Geschrei fälschlicherweise als den Ausdruck des unbefriedigten Hungergefühles deuteten. Bei vielen von diesen 40 Müttern versiegte zuletzt die Milchsekretion einzig und allein aus dem Grunde, weil infolge der frühen Gewöhnung des Kindes an andere Nahrung es nicht kräftig genug saugen wollte und konnte, wodurch die potentielle Energie der Brustdrüse in ungenügender Weise ausgenutzt wurde. Wirklicher Milchmangel in den Brüsten der Stillenden kommt nach des Verf.s Forschungen in der Praxis bei weitem seltener vor, als es nicht nur die Mütter, sondern auch viele Ärzte wähnen.

A. Dworetzky (Moskau).

Digitized by Google

H. Neumann. Über die Häufigkeit des Stillens.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 44.)

Für die Berliner Bevölkerung hat N. die Tatsache festgestellt, daß seit 1885 die natürliche Ernährung im starken Rückgang ist. Welche Faktoren darauf hingewirkt haben, läßt sich nur vermutungsweise sagen. Die Verbreitung des Soxhletschen Apparates käme nur für die bemittelten Kreise in Betracht. Eher ließe sich die Verbesserung der Milchverhältnisse im allgemeinen als Faktor anführen. Wenn trotz der Abnahme der Brustnahrung die Sterbefälle an Darmkrankheiten allmählich heruntergegangen sind, so läßt dieser Umstand den Fortschritt in der öffentlichen Gesundheitspflege noch höher einschätzen, als es bisher angängig war.

Sehr ungünstig sind schon immer die Ernährungsverhältnisse der unterjährigen unehelichen Kinder gewesen. Durch Aufnahme dieser Mütter in geschlossene Anstalten ließe nur sich in beschränktem Maße und auf beschränkte Zeit das Säugen steigern. Zimmers. Vorschlag, diese Mütter, welche ihre Kinder stillen, bei Privatleuten auf öffentliche Kosten einzumieten und von der Gesundheitspolizei aus zu überwachen, ist interessant, aber diskutabel. Nützlich wäre es jedenfalls, von Fall zu Fall die Möglichkeit, durch eine kleine Beihilfe dem Kinde die Brust zu erhalten, in Betracht zu ziehen; in romanischen Staaten wurden in dieser Hinsicht gute Erfahrungen gemacht.

Grätzer.

Wilhelm Knöpfelmacher. Über die Auslösung der Milchsekretion bei Mutter und Kind.

(Aus dem Karolinen-Kinderspital in Wien.)

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. 56 Heft 6.)

Zwischen Milchdrüse und Ovarien bestehen enge Beziehungen, welche durch Versuche von Halban und Knauer experimentell begründet sind: Die Verkümmerung der Brustdrüsen nach Exstirpation der Ovarien lehrt, daß die Entwickelung der Brustdrüsen an die Ovarien geknüpft ist; die ungestörte Entwickelung der Mammae nach Transplantation der Ovarien zeigt, daß die Verbindung zwischen Mamma und Ovarium nicht auf Nerveneinfluß, auch nicht auf Blutzufluß beruhen könne. Noch unklar ist es aber, warum die Milchdrüsen des Weibes in der Gravidität anschwellen, und unerklärt auch, was die Sekretion der Milch in der Brustdrüse des Weibes auslöst. K. versucht eine Lösung der Frage und gleichzeitig auch eine Erklärung der Milchsekretion bei Neugeborenen.

Die Tatsache, daß Neugeborene beiderlei Geschlechts Milchdrüsensekretion zeigen, ferner, daß die Milchdrüsensekretion, sowohl bei der Mutter wie beim Kinde kurze Zeit post partum auftritt, legt den Gedanken nahe, daß bei Mutter und Kind ein und dasselbe Agens wirksam ist. Wir müssen annehmen, daß in der Blutbahn ein Körper kreist, welcher die Fähigkeit besitzt, die Milchsekretion auszulösen. Diese schon von Goltz und Ribbert für die mütterliche Milchsekretion gemachte Annahme muß auch für das Kind gelten.

Digitized by Google

Folgen die theoretischen und experimentellen Stützen dieser Annahme, auf Grund der Untersuchungen von Goltz, Ribbert, Halban, Knauer u. a. Von K. selbst angestellte Experimente, bei weiblichen Tieren durch Injektion von Blutserum eben werfender Tiere Milchsekretion auszulösen, fielen vollständig negativ aus.

Hecker (München).

Emil Feer. Weitere Beobachtungen über die Nahrungsmengen von Brustkindern.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. 56 Ergänzungsheft.)

Die Beobachtungen an 7 Brustkindern, bei denen während der Laktationsperiode sämtliche Mahlzeiten gewogen wurden, ergaben: die wöchentliche Gewichtszunahme erfolgt bei ungestörtem Wohlbefinden nicht sprungweise wie vielfach angegeben, sondern ziemlich regelmäßig. Die Zahl der Mahlzeiten schwankte in relativ engen Grenzen, und bewegte sich meist um sechs, später um fünf herum, ohne daß ein besonderer Zwang ausgeübt worden wäre; als Durchschnitt der täglichen Mahlzeiten ergibt sich in der zweiten Lebenswoche 6,2 mit stetigem und gleichmäßigem Rückgang bis auf 5,3 Mahlzeiten in der 20. Woche. Die maximalen Nahrungsvolumina sind im großen ganzen etwa anderthalbmal so groß wie die Durchschnittsvolumina der einzelnen Mahlzeiten. Die Mittelzahlen aus den Maximalmahlzeiten sind ziemlich genau doppelt so groß wie diejenigen Zahlen, welcher Pfaundler als Magenkapazität bemessen hat. Ein Teil der Milch verläßt eben schon während des Trinkens den Magen. Die gesamte genossene Milchmenge steigt in den ersten 2 Wochen rapid, dann bis zur achten und zehnten Woche langsam an, von wo ab nur noch eine unbedeutende Steigerung stattfindet, wenn nicht schon früher die Produktion still stehen bleibt oder sinkt. Das wöchentliche Nahrungsvolumen pro Kilo Körpergewicht steigt von 1100 g in der zweiten Woche auf 1200 g in der sechsten bis siebenten Woche an, um von hier allmählich auf 1000 g in der 20. Woche herunter zu gehen. Der Energiequotient, d. h. die Anzahl Kalorien, welche ein Individuum pro Kilo Körpergewicht aufnimmt (Heubner), bewegt sich von der 2.—20. Woche zwischen 120 und 90 Kalorien und zwar in der Weise, daß er von der Geburt an zunimmt und in der sechsten bis siebenten Woche das Maximum mit 121 Kalorien erreicht, um von da allmählich abzusinken bis zu 96 Kalorien in der 20. Woche.

Als Zuwachsquotient bezeichnet F. die Zunahme, welche ein Kilo Körpersubstanz auf ein Kilo Milchzufuhr in einer gegebenen Woche erfährt. Die Größe desselben überrascht durch die auffallende Verschiedenheit bei den verschiedenen Kindern; bei einzelnen ist er in den ersten 8 Wochen mehr als doppelt so groß wie bei anderen. Dagegen verhält er sich bei den Kindern der gleichen Mutter sehr ähnlich. Dies erlaubt den Schluß, daß die Milch einer Frau eine gewisse Konstanz in ihrer Zusammensetzung bewahrt, welche auch in späteren Laktationen sich wieder geltend macht.

Hecker (München).

Digitized by Google

W. Beuthner. Beobachtungen über die Nahrungsmengen von Brustkindern unter Berücksichtigung des Energiequotienten (Heubner).

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. 56, Ergänzungsheft.)

3 Fälle mit genauen Wägungen jeder einzelnen Mahlzeit durch Monate hindurch. Eine Zusammenstellung derselben mit 18 Fällen der Literatur ergibt für den mittleren Energiequotienten (siehe vorige Arbeit) folgende Werte:

1. Woche 59 Kalorien		10. Woche 104 Kalorien	
2. „ 100 „		14. „ 96 „	
4. „ 106 „		17. „ 91 „	
7. „ 114 „		20. „ 85 „	

Hecker (München).

O. Heubner. Die Energiebilanz des Säuglings.

(Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie Bd. 5 Heft 1.)

H. betont, daß für eine geregelte Kinderernährung nicht die absolute Quantität der täglichen Nahrungszufuhr als Maßstab gelten müßte, sondern die Kalorienzufuhr bezw. Energiezufuhr, die auf das Kilo des kindlichen Körpers entfällt. Diese Größe nennt er Energiequotient. Aus des Verf.s Versuchen ergab sich nun

1. daß der Energiequotient bei künstlicher Ernährung höher sein muß als bei Brustkindern, wenn man ein Wachstum des Kindes im ersten Lebensjahre als das erstrebenswerte Ziel im Auge behält. Denn die Leistung des Organismus besteht nur zum kleinsten Teile in Aufspeicherung von Kraftarbeit (Stoffansatz); der größte Teil der eingeführten Energie (ca. 88 %) wird zu innerer Arbeit (nicht Verdauungsarbeit im engeren Sinne) verwandt. Erst wenn dem Bedürfnis der letzteren Genüge geschehen ist, kann ein Stoffansatz, ein Wachstum erfolgen.

2. daß ein Sinken des Energiequotienten bei Brustkindern — wenigstens in den ersten 6 Monaten — auf 70 Kalorien nicht mehr mit einer Zunahme vereinbar ist, vielmehr ein gutes Gedeihen fast ausnahmslos nur da stattfindet, wo der Energiequotient über 100 Kalorien beträgt.

3. Was die ersten Lebenstage anlangt, so wollte Cramer eine Zunahme bei Kindern mit einer Nahrungsmenge, die einem Energiequotienten von 10—30 Kalorien entsprach, schon erzielt haben. H. sah demgegenüber in einem — allerdings weiterer Beobachtung sich zu früh entziehenden — Falle eine Zunahme erst bei einem Energiequotienten von 45 Kalorien, während er sonst in 3 Fällen innerhalb der ersten 10 Tage eine regelmäßig und rasch fortschreitende Abnahme des Kindes konstatieren konnte.

H. gibt allerdings zu, daß eine sorgliche Warmhaltung des Kindes, bezw. eine Wärmezufuhr von außen von vornherein den Bedarf an einzuführender Energie wesentlich einzuschränken vermag, während andererseits bei Schwächlichkeit, weil da die Körperoberfläche im Verhältnis zum Gewicht vergrößert ist, ferner bei Erkrankung des

Digitized by Google

Magendarmkanals und demzufolge ungenügender Ausnutzung der Nahrung, der Energiequotient ein weit größerer sein muß, als in der Norm.

Auch ist der Bedarf an Kalorien seitens schwacher Frühgeburten nach Schmidt, Finkelstein, Budin ein so unverhältnismäßig großer, daß sich das nach H. mit Cramers Angaben nicht gut vereinigen läßt.

4. Den Grund der angeführten Differenz zwischen der Verwertung der Muttermilch und der der Kuhmilch, wenn das angeführte Quantum den gleichen Energiewert repräsentiert, festzustellen ist noch nicht gelungen. Daß derselbe in der verschiedenen Beschaffenheit des Kaseïns in beiden Fällen, namentlich in seiner fein oder gröber flockigen Gerinnbarkeit zu suchen sein, woraus sich eine Ungleichheit der dem Organismus aufgebürdeten Verdauungsarbeit (im weiteren Sinne) ergeben würde, hält H. für unwahrscheinlich. Vielmehr sind wir mit der feineren Chemie derartiger Nahrungsmittel noch so wenig vertraut, daß es auch für erfolglos gehalten werden muß, eine gewisse äußere Übereinstimmung der Zusammensetzung zwischen Muttermilch und künstlicher Nahrung durch alle möglichen Künsteleien erzielen zu wollen.

5. Bei gesunden Kindern wird man stets mit den einfachen mäßigen Milchverdünnungen und dem Alter entsprechend einem Zusatz von Zucker oder Mehl auskommen.

6. Bei kranken Kindern wird man aber zu den verschiedenen Surrogaten der reinen, schwachverdünnten Kuhmilch greifen müssen, die ein möglichst kleines Volumen mit einem möglichst hohen Energiequotienten und möglichst geringem Anspruch an die Verdauungsarbeit verbinden, ohne daß man sich einseitig von dem Vorwiegen des einen oder anderen Nährstoffes in der Nahrung leiten läßt.

Daß aber eine sonst rationelle Ernährung, wenn sie in Bezug auf den Energiequotienten zu hoch getrieben wird, auch von gesunden Kindern nicht vertragen wird, lehrt eine mitgeteilte Beobachtung H.s, die zeigte, daß nach einem solchen Verfahren bei einem noch zu jungen Kinde Dyspepsie eintritt, während wenige Wochen später eine Nahrung mit dem nämlichen Quotienten gut ertragen und verwertet wurde.

Eschle (Sinsheim).

W. Cronheim und **Erich Müller.** Versuche über den Stoff- und Kraftwechsel des Säuglings mit besonderer Berücksichtigung des organisch gebundenen Phosphors.

(Aus dem tierphysiologischen Laboratorium der landwirtschaftlichen Hochschule zu Berlin).

(Zeitschrift f. diätetische und physikalische Therapie 1902 Bd. 6 Heft 1 und 2.)

Wenn es auch nach den bisherigen Forschungsergebnissen als eine einwandfreie Tatsache angesehen werden, daß die Menge des in der Nahrung eingeführten Phosphors an sich, mehr noch aber die chemische Verbindung, in welcher er enthalten ist, für den Stoffzuwachs, d. h. den Eiweißzuwachs des menschlichen Körpers und

Digitized by Google

speziell des sich noch entwickelnden, kindlichen Organismus von einschneidender Bedeutung ist, so sind damit doch noch nicht alle, namentlich auch praktisch in Betracht kommenden Fragen über den Zusammenhang der Phosphorresorption aus der Nahrung mit der sich für den heranwachsenden Menschen ergebenden Stoffwechselbilanz aufgeklärt. Aus Rochmanns u. A. Versuchen geht zwar mit Sicherheit hervor, daß die phosphorhaltigen Eiweißstoffe (Kaseïn, Vitellin) den phosphorfreien für die Ernährung selbst dann als überlegen anzusehen sind, wenn den letzteren mineralische Phosphate in hinlänglicher Menge beigegeben werden, es ist auch nachden Arbeiten einer Reihe von russischen Forschern anzunehmen, daß phosphorhaltige Fette (z. B. das Lecithin des Eidotters) einen gewissen Einfluß auf die Anlagerung von Eiweißstoffen, speziell die Hämatopoëse haben, aber es stand darüber noch immer jede Entscheidung aus, ob und inwiefern sich die beiden Hauptformen, in denen das organische Phosphor in den Nährstoffen — das eine Mal an Eiweiß, das andere Mal an Fett — gebunden erscheint, bezüglich der Assimilation des Phosphors einerseits, der des Eiweißes andererseits voneinander unterscheiden.

Diese Frage exakt in Angriff genommen zu haben, ist besonders bei dem Umfange und der Schwierigkeit der hierbei in Betracht kommenden Untersuchungen, als ein großes Verdienst der beiden an der vorliegenden Arbeit beteiligten Autoren anzusehen.

Die Versuche wurden in Parallelreihen an Kindern mit und ohne Eidotterzusatz zu der Nahrung in der Weise angestellt, daß der Stickstoff und Phosphorgehalt, wie auch Kaloriengehalt beider Nahrungsformen durch entsprechende Zusätze (Magermilch, Butter, Zucker) zu dem meist ein Kindermehl, in einer Reihe auch Kuhmilch enthaltenden sterilisierten Flascheninhalt auf einen gleichen Wert gebracht wurde. Tierversuche wurden nur zur Vergleichung und Ergänzung herangezogen.

Es ergab sich nun zunächst, daß es für die Assimilation nicht gleichgültig ist, ob der Phosphor überwiegend in Form von Eidotter oder ausschließlich in der Form des in der Magermilch enthaltenen Kaseïns bei gleicher Zufuhr von Eiweißkörpern und Gesamtnahrung verabfolgt wird. Vielmehr erweist sich der Eidotterzusatz, vermutlich durch seinen Gehalt an Lecithin, für die Ernährung des Kindes schon in frühestem Alter als überlegen.

Für die Phosphorresorption selbst stellte es sich ferner heraus, daß die phosphorreichen Gewebe, Nervenmark und kernhaltige Drüsen am Stoffansatz des ersten Lebensjahres in ganz erheblicher Weise beteiligt sein müssen. Denn die Menge des für die Knochenbildung (aus dem Kalkansatz berechneten) und für die Fleisch- und Blutbildung (berechnet aus dem über den Bedarf der Knochenbildung hinaus angesetzten Stickstoff) notwendigen Phosphors ist bei weitem nicht so groß, als die wirklich angesetzte P.-Menge.

Wichtige Resultate ergaben sich ferner für die Kalkbilanz selbst, indem diese trotz reichlicher Zufuhr aller knochenbildenden Mineralstoffe bei der Ernährung mit sterilisierter Milch — ganz im Einklange mit vielfachen praktischen Erfahrungen — als negativ erwies; sterili-

Digitized by Google

sierte Milch war selbst nicht in Verbindung mit mäßigen Mengen von Eidotter im stande, eine genügende Knochenbildung zu bewirken. — Die Verff. deuten an, daß der erhöhte Stickstoffzusatz bei Zufuhr des erforderlichen Phosphors durch Lecithin im Gegensatz zu der durch Kaseïn möglicherweise darauf zurückzuführen ist, daß das letztere bei der Verdauung einen Teil seines Phosphors im Pseudonucleïn unlöslich zurückläßt. Die Unterschiede der Frauen- und Kuhmilch dürften ja nach neueren Forschungen wohl auch nicht der Verschiedenheit des beiderseitigen Kaseïns sondern in dem Gehalt der Frauenmilch an anderen phosphorhaltigen Bestandteilen beruhen. Werden doch 10% der Trockensubstanz der letzteren von bisher nicht näher bekannten Stoffen gebildet. Eschle (Sinsheim).

Ruzicka (Berlin). Ein Selbstversuch über Ausnutzung der Nährstoffe bei verschiedenen Quantitäten des mit dem Mahle eingeführten Wassers.

(Archiv für Hygiene 1902 Bd. 45 Heft 4).

Es handelte sich um die Feststellung, was für einen Unterschied in der Ausnutzung der eingeführten Nährstoffe eine Änderung der Quantität des mit dem eingenommenen Mahle eingebrachten Wassers bedingt. Die Versuchsanordnung war so, daß in 2 mal 2 tägigen Perioden mit derselben Nahrung auch dieselbe Wassermenge eingenommen wurde; im ersten Versuch war die Wassermenge auf den ganzen Tag gleichmäßig verteilt, im zweiten Versuch dagegen wurde das Wasser mit der Nahrung zusammen und in den ersten 1—2 Stunden nach dem Essen getrunken, so daß die Hauptmengen des Wassers gerade während der Verdauungsperiode vorhanden waren.

Zwischen den Resultaten der ersten und zweiten Periode konnte kein durchgreifender Unterschied konstatiert werden, d. h. die Ausnützung wurde auch durch die großen Wassermengen während des Essens nicht ungünstig beeinflußt. Selbst wenn dieser eine Versuch keine volle Beweiskraft erbringen sollte, so ist doch mit Sicherheit zu behaupten, daß mäßige Wasserzufuhr beim Essen nicht schädlich wirken kann. R. O. Neumann (Kiel).

E. Hellesen (Norwegen). Über den Stickstoffwechsel der an Adipositas nimia leidenden Kinder, besonders bezüglich Abmagerungskuren.

(Norsk Magazin for Lägevidenskab 1902 September).

Durch eine Reihe Stoffwechselversuche bei einem 12 jährigen Mädchen, welches 48 Kilo wog und eine Höhe von 141 cm hatte, gelangt Verf. zu dem Resultat, daß Abmagerungskuren im Kindesalter wesentlich durch Einschränkung der Fettnahrung geschehen

Digitized by Google

müssen bei einer Kalorienmenge, die nur $^1/_5$ kleiner als die der Bilanznahrung ist. Man kann auch mit Eiweiß-Kohlehydratdiät leichter den Hunger des Kindes stillen als mit Eiweiß-Fettdiät.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Adolph H. Meyer (Däne). Zur Kenntnis der Magensaftsekretion der Säuglinge.

(Bibliotek for Läger 1902 Heft 3 und 4).

Verf. gibt zuerst eine kritische Übersicht der wichtigsten Arbeiten über die Magenfunktionen der Säuglinge und zeigt, daß die Dissensen der Forscher teils auf verschiedenen mehr oder weniger wertvollen Versuchsmethoden, teils auf einer verkehrten oder ungenauen Schätzung der gewonnenen Versuchsergebnisse beruhen. Während man schon lange bei derartigen Untersuchungen bei Erwachsenen eine bestimmte, abgemessene Probemahlzeit als notwendig angesehen hat, wenn die Rede sein sollte von vergleichenden Versuchen, haben die pädiatrischen Verfasser entweder gar keine Probemahlzeit gegeben, die Versuche werden dann ganz unvergleichbar, oder sie haben Milch als Probemahlzeit benutzt, mit welcher es sehr schwierig zu arbeiten ist. Nachdem Verf. näher diese Schwierigkeiten (die wechselnde Zusammensetzung der Milch und der Milchgemische, die präexistierende saure Reaktion bei der Titration, die salzsäurebindende Fähigkeit der Milch u. s. w.) angegeben hat, beschreibt er seine Versuchsmethode. Als Standartprobemahlzeit hat er Gerstenwasser benutzt, dessen Brauchbarkeit nachgewiesen wird; es wurde gewöhnlich 40 Min. nach dem Anfang der Mahlzeit ausgehoben, bisweilen zu anderen Zeiten; ab und zu wurde Schüles Methode benutzt (sukzessives Aushebern einer einzelnen Mahlzeit). Vergleichshalber wurden Probemahlzeiten mit Wasser, physiologischer Kochsalzlösung, Nestlés Mehl und Milchgemische gegeben. Die Gesamtazidität (Titration mit Phenolphtaleïn als Indikator), freie Salzsäure (Günzburgs Reaktion), gebundene HCl und organische Säuren (Leos sukzessive Analyse). Labferment (Gerinnungsprobe) und Pepsin (Metts Methode) wurden bestimmt, insofern es möglich war quantitativ. Gewöhnlich wurde Magenausspülung $^1/_2$ Stunde vor den Versuchen vorgenommen; Verf. verneint, auf seine Untersuchungen hinweisend, daß dieselbe in wesentlichem Grade auf die Versuche einwirkt. Unverdünnter und unfiltrierter Mageninhalt wurde immer benutzt. Im ganzen wurden 38 Säuglinge, alle künstlich genährt, im Alter von 3 Wochen bis 11 Monaten, untersucht. Die Anzahl der Versuche war ca. 300. Versuchstabellen und Krankengeschichten folgen.

Was die Säuglinge mit normaler Verdauung betrifft, zeigt Verf., daß zu bestimmten Zeiten trotz gleicher Versuchsbedingungen kein bestimmter Aziditätswert angegeben werden kann. Die Aziditätsschwankungen, die denen der Salzsäureazidität entsprechen, auch in den Milchversuchen, sind doch kaum zufällig, sondern ein Ausdruck für Einwirkungen, die wir zu erkennen nicht im stande sind, aller Wahrscheinlichkeit nach nervöse Einwirkungen. Die Un-

Digitized by Google

kenntnis der Resorptions- und Expulsionsverhältnisse des Magens erschwert auch die Schätzung von der Bedeutung der Azidität. Die Salzsäureazidität ist auch kein Maß der Salzsäureproduktion. Es zeigt sich, daß die prozentuarische Menge der digestiven Säure im Verlaufe der ersten Stunde innerhalb derselben Grenzen liegt, bei den verschiedenen Probemahlzeiten unter gleichen Versuchsbedingungen. Lab und Pepsin wurden immer gefunden; es gelang nicht, ein bestimmtes Verhältnis zwischen den Fermenten und der Salzsäureazidität nachzuweisen. Freie HCl ist nicht nötig um die Labwirkung hervorzurufen; Cl_2Ca-Zusatz war nur nötig bei niedriger Salzsäureazidität, und Gerinnung trat bisweilen ein selbst bei niedriger Azidität. Die prozentuarische Menge des Pepsins steigt im Verlaufe der Verdauung, doch nicht immer gleich; die Pepsinmenge ist nicht nur von der Salzsäuremenge abhängig. Organische Säuren wurden nur bei den Mehl- und Milchmahlzeiten, nie in größerer Menge, gefunden. Bei akuten Magendarmkatarrhen werden bisweilen niedrige Aziditäten gefunden, was doch auch bisweilen der Fall bei den gesunden Säuglingen war. Daß heftige Cholerineanfälle die Magensaftsekretion sowohl als die Schweiß- und Harnabsonderung herabsetzen können, ist übrigens ganz natürlich. Fieber scheint nicht direkt auf die Azidität einzuwirken. Das Gerstenwasser verläßt auch in dieser Gruppe schnell den Magen. Abnormitäten des Fermentgehaltes wurden nicht gefunden. Pepsin wurde auch bei neutraler Reaktion des Mageninhaltes nachgewiesen. Organische Säuren konnten in den Wasser- und Gerstenwasserversuchen nicht nachgewiesen werden, in den wenigen Milchversuchen boten sie nichts Besonderes dar.

Bei chronischen Gastrointestinalkatarrhen wurde vermehrte Schleimvermischung und Neigung zur Stagnation der stärkeren Milchgemische gefunden, während auch in dieser Gruppe Gerstenwasser (Wasser u. s. w.) schnell den Magen verläßt. Nur in einem einzelnen Fall wurde Hyperazidität (Hyperchlorhydrie?) nachgewiesen. Die Fermente und die organischen Säuren verhielten sich wie in den anderen Gruppen. Die Aziditätsvariationen waren auch derselben Art und fielen im ganzen innerhalb derselben Grenzen wie bei den gesunden Säuglingen.

Zum Schluß resumiert Verf. seine Resultate:

1. Die prozentuarische Menge der verschiedenen Bestandteile des Magensaftes zu einem gegebenen Zeitpunkte, etwa im Verlaufe von der ersten Stunde der Digestion, scheint sich im ganzen gleich zu verhalten, d. h. innerhalb gleicher Grenzen zu liegen, sei es, daß der Säugling Wasser, physiologische Kochsalzlösung, Gerstenwasser, Nestlés Mehl, oder daß er eine Milchmischung getrunken hat, welcher Umstand sich vielleicht übereinstimmend mit Pawlows Nachweis des sogenannten Appetitsaftes erklären läßt.

2. Die Aziditäts- und Fermentmenge ist bedeutend niedriger als bei Erwachsenen.

3. Eine Norm der Azidität ebensowenig als der Lab- oder der Pepsinmenge gelang es nicht bei gesunden Säuglingen (unter gleichen Versuchsbedingungen) aufzustellen.

4. Kein Anhaltspunkt wurde gefunden irgend einer klinischen

Digitized by Google

oder anatomischen Diagnose der Gastrointestinalkatarrhe der Säuglinge ebensowenig als der Prognose und der Therapie.

5. Die Annahme, daß der Säuglingsmagen nur als ein Reservoir zu betrachten, ist unhaltbar. Die Variationen, die schon unter normalen Verhältnissen auftreten, deuten gerade auf die intimen Verhältnisse, in welchen die Magenfunktionen mit denen des übrigen Verdauungssystems stehen, wie Verf. auch nicht daran zweifelt, daß die Variationen unter abnormen Zuständen in der Tat ihre bestimmte physiologische Erklärung haben.

6. Die Untersuchung der Magensaftsekretion der Säuglinge spielt gegenwärtig keine Rolle in klinischer Beziehung, da im ganzen unter abnormen Verhältnissen keine größeren Variationen gefunden werden als die, welche, auf unbekannten nervösen Einflüssen beruhend, von Tag zu Tag unter normalen Verhältnissen nachgewiesen werden können.

(Autoreferat.)

Th. von Hecker (Petersburg). Über die Funktionen des kindlichen Magens bei Verdauungskrankheiten.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde Bd. 56 Heft 5.)

H. prüfte den Chemismus, die Resorptionsfähigkeit und die motorische Funktion des Magens mit einer Anzahl stationärer Säuglinge, indem er ihnen eine Milchprobemahlzeit verabreichte und dieselbe nach anderthalb Stunden wieder ausheberte. Er kam zu folgenden Schlüssen:

1. Die Methode von Penzoldt und Faber, das Resorptionsvermögen des Magens mittels der Jodkaliprobe zu prüfen, leistet ganz gute Dienste bei der Diagnostik der Schwere der einzelnen Magendarmkrankheiten, während der Salolmethode von Ewald und Sievers kein praktischer, diagnostischer Wert beizumessen ist.

2. Die Resorption seitens des kindlichen Magens erfolgt bei Kindern bis zum vierten Jahr schneller, als nach dem vierten Lebensjahr. Ältere Kinder nähern sich in dieser Beziehung den Erwachsenen.

3. Am stärksten in Mitleidenschaft gezogen ist das Resorptionsvermögen des kindlichen Magens bei akuter Gastroenteritis, an zweiter Stelle stehen die Dyspepsien. Wenn auch in geringerem Grade leidet das Resorptionsvermögen gleichfalls bei akuter Enteritis und akuter Colitis. Beim Schwinden der akuten Krankheitserscheinungen kommt es gewöhnlich bald zur Besserung der Resorption. Was nun die chronischen Erkrankungen des Magendarmtractus anbetrifft, so wird auch je nach der allgemeinen Schwere der Erkrankung gleichzeitig eine Beeinträchtigung der Resorption in mehr oder weniger starkem Grade beobachtet. In leichter verlaufenden Fällen hält sie sich noch in den normalen Grenzen.

4. Im Kindesalter wird bei allen Erkrankungen des Magendarmtractus auch der Magen gleichzeitig in Mitleidenschaft gezogen; am wenigsten bei akuten Dyspepsien und schnell ablaufenden akuten Enteritiden; verhältnismäßig am stärksten bei akuter Gastroenteritis und den chronischen Erkrankungen des Intestinaltractus, während man bei akuter Colitis folgendes beobachtet: Der Chemismus der

Digitized by Google

Magenverdauung liegt schwer darnieder, bei gleichzeitig befriedigendem Zustande der Resorptionsverhältnisse des Magens.

5. Die Schwere einer gestörten Magenverdauung in chemischer Beziehung kennzeichnet sich durch Fehlen von freier HCl, durch das Vorhandensein organischer Säuren, schwache saure, ja sogar neutrale Reaktion des Mageninhalts, welcher makroskopisch eine wenig veränderte Probemahlzeit darstellt.

6. Ist Milch als Probemahlzeit gegeben, so werden durch die klassische azidimetrische Titriermethode zu große Werte erhalten.

Hecker (München).

Carl Edvard Bloch (Däne). Studien über Darmentzündung. (Dissertation. Kopenhagen. 160 S.)

Verf. nahm hauptsächlich anatomische Untersuchungen über die akuten und chronischen, letal verlaufenden Verdauungsstörungen bei Säuglingen vor. Um den kadaverösen Veränderungen zu entgehen, injizierte er unmittelbar nach dem Tode der Säuglinge 100—150 cm 10%iger Formalinlösung in die Peritonealhöhle. Nach der Entfernung des Magens und des Darms wurden diese Organe gemessen und der Darminhalt mikroskopisch untersucht. Die formalinfixierten Organe wurden in fließendem Wasser ausgewaschen und in 60%igem Alkohol aufbewahrt. Zu mikroskopischer Untersuchung wurde sowohl Celloidin- als Paraffineinbettung (Serienschnitte) benutzt. Zum Färben des Bindegewebes benutzte Verf. Hansens Methode, mit Methylenblau und Hämatoxylin als Kernfärbungen kombiniert. Zur Muzinfärbung empfiehlt Verf. Maiers Mucihämatein. Zum Färben der Granula der Zellen benutzte er Heidenhains Eisenhämatoxylinmethode. Ehrlich-Biondi-Heidenhains Färbemethode, die ausgezeichnete Resultate gab, war doch die Hauptmethode. Bakterienfärbung nach Gram und mit Thionin.

Verf. resumiert folgendermaßen seine Untersuchungen über die Gastroenteritis: Bei der akuten und chronischen Gastroenteritis der Säuglinge findet eine Entzündung statt, die am stärksten in der Nähe der Valvula ileocoecalis auftritt. Die stärkeren Entzündungsveränderungen verbreiten sich gewöhnlich ein wenig den Dünndarm hinauf, im Dickdarm ist die Entzündung mehr gleichartig ausgebreitet. In einzelnen Fällen findet man auch eine weniger hervortretende Entzündung im Duodenum, aber der größte Teil des Dünndarms ist frei von stärkeren Entzündungssymptomen, sein Epithelium und Drüsen sind größtenteils normal. Die Entzündung verhält sich im Darme ganz wie in anderen Schleimhäuten. Bei den akuten Formen findet man hauptsächlich Injektion, zahlreiche Blutungen und eine sparsame Rundzelleninfiltration in der Schleimhaut; die Drüsen können zystisch dilatiert sein, ein großer Teil der Drüsenzellen und des Oberflächenepithels der kranken Partien ist im nekrotischen Zerfalle, und man findet hämorrhagische Ulzerationen. Bei den chronischen Formen findet man stets dieselben, aber weniger hervortretenden Veränderungen, wesentlich durch eine bedeutende Rundzelleninfiltration in der Schleimhaut und Submucosa und durch Rundzellenexsudation

Digitized by Google

charakterisiert. Außerdem findet man einige oberflächliche Substanzverluste und follikuläre Ulzerationen. Ebensowenig anatomisch als klinisch besteht irgend ein Unterschied zwischen den akuten und chronischen Formen. Im Magen findet man inkonstant hämorrhagische Ulzerationen und Veränderungen im interstitiellen Gewebe. Das Epithel ist immer, die Drüsen gewöhnlich normal.

Verf. hat auch interessante Untersuchungen über die normalen anatomischen Verhältnisse des Magens und des Darms angestellt, und verschiedene neue Beobachtungen gemacht. Es wird zu weit führen, hier alle seine Beobachtungen zu referieren. Insbesondere sind seine Untersuchungen über die Länge des Darmes und den verschiedenen Kontraktionsgrad des Magens hervorzuheben. Ganz neu ist der Nachweis von Darmsaftdrüsen (d. h. Lieberkühnsche Drüsen, deren Fundusteil mit serösen Drüsenzellen, den Panethschen Zellen ausgekleidet ist) nicht allein im Dünndarm, sondern auch im Dickdarm des Säuglings bis zum Colon descendens herab. Die Darmsaftdrüsen des Dickdarms schwinden im zweiten Lebensjahre. Verf. glaubt, daß die bei Säuglingen verhältnismäßig größere Anzahl Darmsaftdrüsen als bei Erwachsenen (bei welchen man dieselben nur im Dünndarm findet) schuld daran ist, daß Kuhmilch vom Säugling besser als vom Erwachsenen ausgenützt wird.

Von speziellem Interesse sind auch Verf.s Untersuchungen über die infantile Atrophie, welche die Heubnersche Auffassung stützen, daß die Krankheit funktioneller Natur sei. Verf. glaubt Grund zu haben zu vermuten, daß die Ursache der Krankheit in einer Störung der Funktion der Lieberkühnschen Zellen zu suchen ist, da er bei dieser Krankheit nur eine sehr kleine Anzahl mit Sekret gefüllter Panethscher Zellen fand, und da er andere Ursachen dieser Abnormität ausschließen zu können vermag. Es ist zu hoffen, daß diese sehr interessante Abhandlung, die viele neue Beobachtungen in Bezug auf die normalen und abnormalen Verhältnisse des Säuglingsmagens und des Säuglingsdarms darbietet, ins Deutsche übersetzt wird.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

J. Herzberg. Sind in der Mundhöhle mit Ammenmilch ernährter Säuglinge Streptokokken vorhanden?

(Aus der Kinderklinik der kgl. Charité in Berlin.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 Nr. 1.)

H. untersuchte 10 durchaus gesunde Brustkinder und fand in der Mundhöhle sämtlicher Streptokokken vor. Die Anwesenheit von Streptokokken in der Mundhöhle gesunder Kinder stellt also einen recht häufigen, wenn nicht konstanten Befund dar.

Grätzer.

Digitized by Google

A. Klein (Amsterdam). Die physiologische Bakteriologie des Darmkanals.

(Archiv f. Hygiene Bd. 25 Heft 2.)

Nachdem durch vorausgehende Untersuchungen festgestellt war, daß im menschlichen Darmkanal eine sehr große Menge Bakterien abgestorben sind, es aber beim Menschen bei Lebzeiten oder sofort nach dem Tode nicht möglich ist, zu erforschen, in welchem Teil des Darmkanals die Vernichtung vor sich geht, so verwandte Verf. zu der Feststellung dieser Verhältnisse das Kaninchen. Die Tiere wurden durch Nackenschlag getötet, die zu untersuchenden Teile der Darmschlingen sofort abgebunden und Zählproben nebst Kulturen angelegt.

So ergaben sich folgende Eigentümlichkeiten:

Mit den Ingesta gelangt eine große Zahl lebender und toter Bakterien aus dem Magen in den Dünndarm. Indem der Speisebrei fortbewegt wird, stirbt in den von ihm verlassenen Teilen des Dünndarms eine Anzahl lebender Bakterien ab, welche dort zurückgeblieben sind. Im Coecum vollzieht sich derselbe Prozeß. Die Zahl lebender Organismen in den verlassenen Teilen des Dünndarmes nimmt fortwährend ab, ohne daß jedoch eine vollkommene Sterilität erreicht wurde. Im Prozessus vermiformis und Colon ascendens findet ein weiteres Absterben der Bakterien statt. Im Coecum wurde eine Zunahme der kultivierbaren Organismen angetroffen, dieselbe beruht aber nicht auf einer Vermehrung der lebenden Bakterien, sondern sie wird durch erhöhte bakterielle Konzentration hervorgerufen. Im Rest des Dickdarms und im Rectum ist ebensowenig eine Vermehrung wahrnehmbar, in manchen Fällen hingegen ein fortwährendes Absterben.

Die Flora der züchtbaren Arten ist nicht allzugroß. Meist ist es Coli und dessen Verwandten, aber auch mehrere verflüssigende Arten finden sich. Am resistenzfähigsten sind die Coliarten, dagegen gehen die peptonisierenden Arten leicht zu Grunde. Da letztere leichter verschwinden, so finden sich im Coecum, Processus vermiformis und Colon ascendens nur meist Coli als züchtbare Arten.

Die beim Kaninchen gefundene auffallende Erscheinung, daß nirgends eine Vermehrung der Bakterien stattfindet, ist auch der Grund, warum die Fäulnisprozesse in deren Darmkanal fehlen, eine Beobachtung, die beim Öffnen des Darmes bestätigt wird. Bekanntlich ist letzteres bei Omni- nnd Carnivoren nicht der Fall.

R. O. Neumann (Kiel).

A. Rodella (Zürich). Über die Bedeutung der im Säuglingsstuhle vorkommenden Mikroorganismen mit besonderer Berücksichtigung der anaëroben Bakterien.

(Zeitschrift f. Hygiene und Infektionskrankheiten 1902 Bd. 41 Heft 3.)

Die Arbeit des Verf.s beschäftigt sich in der Hauptsache mit der Nachprüfung der von Escherich und anderen Autoren aufge-

Digitized by Google

stellten Behauptung, daß den Darmbakterien des Säuglingsstuhles jede peptonisierende und proteolytische Eigenschaft abgehe. Die Versuche wurden angestellt mit Kot von „Brustkindern", „Kindern mit gemischter Nahrung" und „Flaschenkindern" und zwar in der Weise, daß $^1/_2$—1 ccm Säuglingskot in 6—8 ccm sterile Milch übertragen und die so angelegte Cultur unter anaëroben Verhältnissen 24—48 Stunden bei 37° gehalten wurde. Sicher konnte festgestellt werden, daß im Säuglingsdarme peptonisierende Arten vorhanden sind. Außerdem zeigte sich, daß ihre Zahl bei künstlich ernährten Kindern viel größer ist und daß die Anaërobiose die Peptonisierung des Kaseïns nicht hindert. In pathologischen Fällen ist die Peptonisierung am größten.

Weitere Untersuchungen über die Mikroorganismen des Darmes ergaben, daß neben vielen Bact. coli commune und Bact. lactis aërogenes auch andere Bakterien vorhanden sind, welche Gas bilden. Dieselben sind, gleich wie auch einige peptonisierende Bakterien zum Teil anaërob. Für die Isolierung der anaëroben Bakterien ist es notwendig, gleichzeitig Gelatine und Zuckeragar zu verwenden, ebenso ist es empfehlenswert, das Material, selbst wenn dadurch eine geringere Ausbeutung erfolgt, vorher zu erwärmen.

Über die tatsächliche Rolle, die die Anaëroben in physiologischen und pathologischen Fällen spielen, weiß man einstweilen noch nichts Bestimmtes. Jedenfalls hat aber die große Zersetzungsfähigkeit, die diesen Bakterien eigen ist, für manche pathologische Fälle eine Bedeutung. Die Krankheitserreger dürften sich nicht nur aus der Coligruppe sondern auch aus den anaërob wachsenden Mikroorganismen rekrutieren.

R. O. Neumann (Kiel).

Lentz (Berlin). Vergleichende kulturelle Untersuchungen über die Ruhrbazillen und ruhrähnliche Bakterien nebst einigen Bemerkungen über den Lackmusfarbstoff.

(Zeitschrift f. Hygiene und Infektionskrankheiten 1902 Bd. 41 Heft 3.)

Es wurden 24 verschiedene bei Ruhrepidemien isolierte Organismen nebst einigen ruhrähnlichen Bakterien vergleichsweise untersucht auf: Maltose-Lackmus-Agar, Dulcit-Lackmus-Agar, Dextrin-Lackmus-Agar, Fructose-Lackmus-Agar, Inulin-Lackmus-Agar und Mannit-Lackmus-Agar. Die Unterschiede, die sich bei der Untersuchung herausstellten, waren nicht besonders durchgreifend und charakteristisch. Die besten Resultate ergab noch der Mannit-Lackmus-Agar. Die echten Ruhrbazillen ließen diesen Nährboden unverändert, die meisten andern Stämme färbten ihn dagegen rot, zum Teil unter Gasbildung. Wenn auch dieser Mannitnährboden für die Ruhrkultur gute Resultate liefert, so tritt doch der Wert desselben als diagnostisches Hilfsmittel gegenüber der spezifischen Agglutinationsreaktion eines hochwertigen Serums bedeutend zurück.

R. O. Neumann (Kiel).

Digitized by Google

E. Martini und **O. Lentz** (Berlin). Über die Differenzierung der Ruhrbazillen mittels der Agglutination.

(Zeitschrift f. Hygiene und Infektionskrankheiten 1902 Bd. 41 Heft 3.)

Bei den verschiedenen Ruhrepidemien wurden eine Reihe Organismen isoliert, welche in vielen morphologischen und biologischen Punkten übeinstimmen, andererseits aber auch in manchen Punkten abweichen, sodaß bisher keine Einheit über die Identität oder Nichtidentität der verschiedenen Ruhrerreger herrschte. Mittels der Agglutinationsprüfung wurden nun von den Verff. die bekannten Reinkulturen geprüft und zwar so, daß nur hochwertige Sera, die durch aktive Immunisierung von Ziegen und Kaninchen gewonnen waren, benutzt wurden. Von Wichtigkeit ist, daß die Sera sehr hochwertig sein müssen, da sonst die Reaktion nicht einwandfrei gelingt. Auch ist das Serum von Ruhrrekonvaleszenten zur Agglutinationsprüfung durchaus ungeeignet. Die Prüfung ergab die Identität der Ruhrbakterien, welche von Shiga, Kruse, Th. Müller, von Flexner in New Haven, von E. Pfuhl in China und in der Döberitzer Epidemie 1901 gefunden wurden. Dagegen waren die Reinkulturen, die Flexner in Manila, Shong in Manila, Deycke in Konstantinopel, und Kruse bei Dysenterie der Irren gefunden hatte, von den oben genannten Arten verschieden.

R. O. Neumann (Kiel).

W. Duval und **H. Basset** (Pensylvania). The etiology of the summer diarrheas of infants.

(Centralblatt f. Bakteriologie Bd. XXXIII No. 1 S. 52.)

Zur Untersuchung gelangten 42 typische Fälle von Sommerdiarrhoe bei Kindern, aus deren Stuhl, in einigen Fällen bei der Sektion auch aus Mesenterialdrüsen stets der Bacillus dysenteriae Shiga gezüchtet wurde. Seine Spezifität konnte mittels der Agglutinationsprobe gesichert werden. Im Gegensatz zu den Befunden bei an Sommerdiarrhoe erkrankten Kindern ließen sich bei Kindern mit gewöhnlicher Diarrhoe in 27 Fällen keine Shigaschen Bazillen nachweisen. Die Verff. nehmen daher an, daß der Bacillus dysenteriae von Shiga bei Kindern die Sommerdiarrhoe, bei Erwachsenen Dysenterie auslöst.

R. O. Neumann (Kiel).

Durando Durante. Über die hämolytische Eigenschaft des Bacterium coli commune. Experimentelle Untersuchungen.

(La Pediatria 1902 No. 10.)

Verf. bediente sich zu seinen Untersuchungen zweier Kulturen von Bacterium coli, einer stark virulenten, die von einem an schwerer Darminfektion mit ausgesprochenen Intoxikationserscheinungen leidenden Kinde stammte, und einer wenig virulenten, die aus den Fäces eines Kindes, das an leichter katarrhalischer Enteritis erkrankt war, genommen war. Das Resultat dieser Untersuchungen war, daß das Bacterium coli ausgesprochene hämolytische Eigen-

Digitized by Google

schaften besitzt und zwar je stärker, je größer die Virulenz ist; jedoch geht die Hämolyse mit einer gewissen relativen Langsamkeit vor sich, auch ist kein Hindernis für ihr Zustandekommen, daß der betreffende Organismus bereits eine Infektion mit Bacterium coli überstanden hat.

Finder.

Galvagno. Über die pathogene Wirkung der im Kindesalter häufigsten Eingeweideparasiten.

(Arch. di patologia e clinica infantile 1902 No. 4.)

Verf. teilt die Wirkungen der Eingeweidewürmer in drei Gruppen ein. Die erste umfaßt die mechanischen Wirkungen und zwar sind das zunächst rein lokale Störungen, wie Darmverschluß, Epithelablösung, Blutung und Darmperforation. Zu den mechanischen Wirkungen gehören ferner die durch Einwanderung in entferntere Organe (Zellengänge, Magen, Trachea, Kehlkopf, Tränengänge, Wurmfortsatz, Vulva, Vagina, subkutanes Gewebe) entstehenden Störungen. Die zweite Gruppe nennt er diejenige der biochemischen Wirkungen, als da sind Fieber, Entzündungen (Enteritis, Vulvo-Vaginitis, Dermatitis), Abszeßbildung, ferner toxische Erscheinungen. Die dritte Gruppe umfaßt die neuropathogenen Wirkungen und zwar Koliken, Spasmen, Strangurie, Eklampsie, klonische Krämpfe, Kontrakturen und Trismus, vorübergehende Paresen und Paralysen.

Finder.

Baravalle. Über Anchylostoma-Anämie im Kindesalter.

(Il Morgagni 1902 No. 9.)

Es handelt sich in dem vom Verf. mitgeteilten Fall um ein 7jähriges Kind, das in einem an schweren Typhus erinnernden Zustand ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Nach Kalomelgaben fanden sich in den Fäces große Mengen von Anchylostoma duodenale. Der Zustand besserte sich unter täglicher Darreichung von Ferrum und nach einigen Gaben von Extr. filic. maris und nach ca. 5 Wochen konnte das Kind als geheilt entlassen werden. Verf. ist der Ansicht, daß bei sorgfältiger Beobachtung sich die Zahl von Anchylostomafällen im Kindesalter als nicht so selten herausstellen würde, wie sie gemeinhin angenommen wird.

F.

Nicolai Schiödte (Däne). Bandwürmer im Kindesalter.

(Hospitalstidende 1902 No. 49 und 50.)

Verf. hat alle die Fälle von Taenia bei Kindern gesammelt, die im Kommunehospital und im Kinderkrankenhause zu Kopenhagen von 1878 bis 1902 behandelt wurden. Die Krankheit ist bei Kindern ziemlich selten in Kopenhagen, es handelte sich nämlich im ganzen nur um 48 Kinder (65 Fälle, da mehrere Rezidive eintraten), d. h. ca. 0,37 pro mille der in der Klinik und im Spital behandelten Kinder. Bei keinem Kinde wurde mehr als eine Taenia gefunden, ein Kind hatte seine Taenia 8 Jahre lang gehabt. Fast in allen Fällen war es Taenia mediocanellata, nur in 3 Fällen T. solium;

Digitized by Google

vereinzelt wurden T. cucumerina, T. flavopunctata und Botriocephalus latus gefunden. Verf. gibt eine Darstellung der Symptomatologie und der Behandlung. Beinahe alle die Patienten waren anämisch, der Appetit war vermehrt, vermindert oder wechselnd; bedeutenden Einfluß auf die Entwickelung der Kinder hatte die Taenia in keinem Falle. Erbrechen fand nie statt; Abdomen war normal, auch der Stuhl. Dagegen wurde Aufstoßen und Übelkeit beobachtet, sowohl als Gähnen, mürrisches Wesen, Schläfrigkeit, Grübeln in der Nase, Kopfschmerzen, Schwindel, bläuliche Dekoloration unter den Augen u. s. w. Krämpfe oder spezielle nervöse Fälle wurden nicht beobachtet. Verf. empfiehlt bei den kleinen Formen mild wirkende Mittel, wie z. B. Flores kusso, bei den großen Formen wird gewöhnlich nur Inf. corticis granati oder Extract. filicis Erfolg haben. Der Verlust an Gewicht während der Kur ist oft sehr groß.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

M. Wagner (Meerane). Ein Fall von Erstickung infolge Verlegung des Kehlkopfeinganges durch Spulwürmer.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 49.)

Der 8jähr. Knabe bekam Kolik, und es gingen ihm zwei Spulwürmer ab. Nach einer daraufhin eingeleiteten Santoninkur gingen 26 Spulwürmer ab. Einige Tage später kam ein Spulwurm aus einem Nasenloch hervor. Wieder einige Tage darauf erbrach Pat. zwei Spulwürmer, war dann wieder munter und wurde einige Zeit allein im Zimmer gelassen. Man fand ihn dann bewußtlos daliegen, blau im Gesicht, Schaum vor Mund und Nase, mit verdrehten Augen, krampfhafter Verzerrung des Mundes, stark rasselnder Atmung u. s. w. $2^3/_4$ Stunden dauerte dieser Kampf, dann starb der Knabe. Bei der Sektion zeigten sich die typischen Erscheinungen des Erstickungstodes. Aus dem Schlundende der Speiseröhre, dieselbe fest ausstopfend, fand man ein Bündel von sieben Spulwürmern. Bei einem Brechanfall mußte dies Konvolut im Schlunde stecken geblieben sein und sich nach dem Zungengrunde zu über den Kehlkopfeingang weggelegt haben.

Grätzer.

Fr. v. Torday (Budapest). In den Bronchus gelangter Fremdkörper; Tod durch Eklampsie.

(Magyar Orvosok Lapja 1902 No. 37.)

Der 5jährige Knabe aspirierte einen Zwetschenkern, wonach sofort heftiger Hustenreiz auftrat, der sich aber später legte. Seitdem aber wiederholen sich diese heftigen Hustenanfälle, dabei war ein geräuschvolles Atmen bei dem Knaben hörbar. Der Knabe wurde in solchem Zustand ins Stefanie-Kinderspital zu Budapest gebracht; nächsten Tag trat plötzlich Dyspnoe auf und hernach algide Asphyxie, welche trotz künstlicher Atmung nicht nachließ. In diesem komatösen Zustand stellte sich die Eklampsie ein mit schweren auf sämtliche Muskeln des Körpers sich verbreitenden Krämpfen. Der Fremdkörper konnte bei der vollführten Tracheotomie bezw. weder

Digitized by Google

durch Husten noch durch Instrumente entfernt werden, endlich erfolgte der Tod im Laufe eines eklamptischen Anfalles. Bei der Sektion wurde der Kern im rechten Bronchus mit seinem unteren Ende in die Schleimhaut bereits eingebohrt vorgefunden. Dieser Fall bestärkt von neuem die Erfahrung, daß, wenn in die Luftwege ein Fremdkörper gelangt, mit der Operation geeilt werden muß, wenn sich auch der Fremdkörper frei bewegt und das Allgemeinbefinden kaum gestört ist.

J. Hönig (Budapest).

W. Schröder (Hamburg-Barmbeck). 2 Fälle schwerer Otitis media purulenta durch „Schneeberger".

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 47.)

Beide Fälle zeichneten sich durch explosionsartige Schnelligkeit und Heftigkeit aus. Der eine betraf einen Erwachsenen, der zweite aber einen 14 jährigen Knaben mit Ozaena, dem sein Vater gegen diese Affektion das Schnupfen des „Schneebergers" empfohlen hatte. Schon nach einigen Stunden stellten sich aber doppelseitige Ohrenschmerzen ein, die immer heftiger wurden. Tags darauf erschien schon das linke Trommelfell perforiert, und es entleerte sich eine serös-blutige Flüssigkeit, während das rechte Ohr ein gerötetes Trommelfell zeigte. Heilung nach 3 Wochen.

Schneeberger besteht aus verschiedenen Substanzen, hauptsächlich aber aus Rhizoma iridis und Rhizoma veratri, letzteres für beide Fälle sicher ätiologisch zu beschuldigen. Wenn man bedenkt, daß bei mancher chronischer Nasopharyngitis mit atrophischer Tendenz der Nasenrachenraum überaus weit ist, sodaß hin und wieder sogar die klaffende Tube zu sehen ist, wenn man ferner berücksichtigt, mit welcher Gewalt manchmal die Prise in die Nase geschleudert wird, so muß man sich wundern, daß auf diesem Wege akute Otitis nicht viel häufiger entsteht. Jedenfalls sieht man, daß das Prisen gefährlich werden kann, daß das Aufschnupfen als Spielerei, wie es die Schuljugend häufig betreibt, durchaus zu perhorreszieren ist.

Grätzer.

K. Sonnenschein. Ein Beitrag zur Therapie des Mastdarmvorfalls bei Infantilismus.

(Aus dem Bürgerhospital zu Köln.)

(Centralblatt f. Chirurgie 1902 No. 44.)

Bisher gibt es keine Methode, von der man unter allen Umständen einen Erfolg beim Mastdarmvorfall erwarten darf. Daher erwarb sich in letzter Zeit die Thierschsche Methode der Einlegung eines Silberdrahtringes in den Sphincter ani viele Freunde; sie wurde auch im Bürgerspital in allen Fällen und, von Prolapsen schwächlicher Kinder abgesehen, meist mit Erfolg angewandt. Die Erfolge beschränken sich aber eben auf die Kinderpraxis. Bei älteren Pat. erzielte man mit den sogenannten Suspensionsmethoden schöne Resultate.

W. A. Freund betonte nun 1900, daß der bei infantilen Personen bestehende Tiefstand der Douglastasche auch die Ursache von

Digitized by Google

Prolapsen sein könne. Während bei normal entwickelten Mädchen die Umschlagfalte des Peritoneum in der Excavatio recto-uterina in der Höhe der Portio vaginalis besteht, reicht sie bei infantilen Individuen fast bis zum Beckenboden herab. In diese Tasche nun senken sich die Eingeweide wie in einen großen Bruchsack hinein und führen dann zu oft kolossalen Prolapsen, nicht nur der Vagina, sondern auch des Rectums, durch Ausstülpung zunächst der vorderen Mastdarmwand und dadurch veranlaßtes sekundäres Heruntersteigen des ganzen Mastdarmes.

Eine auf diese Erklärungen fußende, neue Operationsmethode wandte nun Bardenheuer im vorigen Jahre bei einem 17jährigen ausgesprochen infantilen Mädchen mit großem Rectum- und Vaginalprolaps mit vollem Erfolge an. Die Operation zeigte zum Unterschied von anderen wesentlich 2 Momente: Die erhebliche Drehung der Flexura sigmoidea nach rechts bei gleichzeitiger Querlagerung und die Verödung des Douglas; ersteres zur Beseitigung des Prolapses, das zweite zur Behebung der Ursachen desselben. Grätzer.

P. Kremm. Die Radikaloperation des kindlichen angeborenen Leistenbruches.

(Aus dem Kinderkrankenhause zu Riga.)

(Centralblatt f. Chirurgie 1902 No. 46.)

Seit längerer Zeit operiert K. den kindlichen angeborenen Leistenbruch in folgender Weise: Schnitt auf den Bruchsackhals, nach oben und unten über denselben hinausgreifend. Nach gehöriger Vertiefung des Schnittes wird der Bruchsack eröffnet. Derselbe wird mit der Fascia herniae propr. bis zum Bruchsackhalse freigelegt. Nunmehr wird nach Reposition des Bruchsackinhaltes der Bruchsackhals möglichst hoch oben durch eine Tabaksbeutelnaht (Seide) geschlossen. Jetzt schlägt K. den Bruchsack auf der ganzen Strecke zwischen oberem Hodenpol und Bruchsackhals nach außen um, sodaß die Serosafläche, die bisher nach innen zu den Zylinder auskleidete, nunmehr nach außen zu liegen kommt. Mit einigen Kopfnähten näht K. die sich berührenden Serosaflächen zusammen. Der Bruchsack + Fascia transversa + Kremasterschicht bildet nun einen zylindrischen Strang, dessen innere Lage die Fascia herniae propr. darstellt, und die Serosa zum äußeren Mantel hat. Es folgt dann die Bassinische Verlagerung und die Naht. Bei einiger Übung ist die Operation in 15—20 Min. beendet.

Das Verfahren hat besondere Vorteile. Jede Quetschung und Zerrung der Gewebe fällt fort, eine Verletzung der Samenstranggebilde ist ausgeschlossen, ebenso ist die Gefahr der Nachblutung, die auch bei stumpfem Ablösen des Bruchsackes droht, glücklich vermieden. Dadurch daß der in Verbindung mit der Fascia propr. isolierte Bruchsack in seiner ganzen Ausdehnung gespalten wird, wird die Gefahr einer spontanen Zurückdrehung des nach außen geschlagenen Bruchsackes am sichersten vermieden, da die Serosa-

Digitized by Google

flächen durch einige Kopfnähte in festen Kontakt miteinander gebracht werden können, sodaß eine Verklebung bald erfolgen kann. Auch kommt bei jener Behandlung des Bruchsackes bei dem Umschlag der Vaginalserosa nach außen die hieraus resultierende Verklebung einem festeren Verschluß des Bruchsackhalses zu gute kommen. Endlich gelingt es wohl sicher bei hochangelegtem Verschluß des Bruchsackhalses und Verlagerung des Samenstranges auf den vernähten Leistenkanal, jede Trichterbildung, die zu Rezidiven Anlaß geben könnte, zu vermeiden. Grätzer.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte.

10. Sitzung vom 10. August 1902 in Köln.

(Originalbericht.)

I. Demonstration von Herrn Mayer (Köln). a) **Demonstration eines Redressionsgipsbettes** bei rhachitischer Skoliose. Dasselbe wird nach Schanz auf dem Nebelschen Rahmen in redressierter Lage des Kindes angefertigt, indem man von dem Kinde einen Gipsabklatsch des Rückens macht und diesen trocknet. Dem Rippenbuckel gegenüber kommt ein Filzstück, welches beim fertigen Gipsbett auf die Stelle des Rippenbuckels kommt. In den Abklatsch wird oben eine Stahlstange quer eingegipst, welche das Herumwälzen mit dem Gipsbett verhindert und außerdem einige Schnallen angebracht, welche das unwillkürliche Verlassen des Gipsbettes im Schlafe unmöglich machen. Die Ränder werden mit Flanell beklebt.

b) **Demonstration eines Lederschuhes** über einen Gehgipsverband. Der Schuh vorne und hinten zum Schnüren eingerichtet.

II. Herr Dr. Kaupe (Dortmund). **Maligne Varicellen.** K. machte bei einer Varicellenepidemie die Beobachtung, daß dieselbe äußerst infektiös war, ferner daß bei derselben mehr als gewöhnlich Komplikationen auftraten, was von der gewöhnlichen Anschauung, daß Varicellen die unschuldigste Kinderkrankheit sei, bedeutend abweicht. Nachdem K. die Urteile betreffs Prognose älterer Pädiater angegeben, ging er nach Erwähnung des Falles von Henoch: betreffs Nephritis nach Varicellen auf sein eigentliches Thema über und besprach die in der Literatur niedergelegte Kasuistik der malignen Varicellen unter Einreihung seiner Beobachtungen: 2mal schwere ulceröse Form; 2mal Nephritis; bei einem Kinde, dessen Mundschleimhaut besonders befallen war, war sogar das vordere Gaumensegel von einer ulcerösen Varicellenpustel durchbrochen; bei einem anderen Naseneingang und Naseninneres äußerst stark befallen und als Kuriosum das Befallensein der Vola manus mit typischen Varicellenpusteln. K. schließt: Es ist also das Varicellengift nicht immer so indifferent als angenommen wird, und es ist daher ratsam, sich bei Varicellenerkrankung betreffs Prognose eine gewisse Reserve zu bewahren und wenn auch keine strenge, so doch reizlose Diät zu verordnen.

Zur Diskussion: Herr Castenholz (Köln). C. hat ebenfalls schwere Nephritis nach Varicellen beobachtet wie sie schwerer auch nicht nach Scharlach aufzutreten pflegt. In mehreren Fällen — aber nur in einem Jahre, nachher nicht mehr — beobachtete C. in einer Varicellenepidemie, daß sich die Varicellen zu großen, pemphigusähnlichen Blasen verbreiterten, von denen einzelne bis zu Handtellergröße anwuchsen. Diese Fälle verliefen schwer, wenn auch nicht tödlich. Schließlich muß C. die Gefährlichkeit der Varicellen für Hospitäler betonen, weil nach seinen Erfahrungen sich an Varicellen sehr leicht Sepsis mit tödlichem Ausgange anschließt.

Herr Rey (Aachen) beobachtete in früherer Zeit niemals irgend welche Komplikationen unangenehmer Natur bei Varicellen. Im vergangenen Frühjahr jedoch zeigten die Varicellen in Aachen wie auch in Dortmund einen viel schlimmeren Charakter als gewöhnlich. Besonders häufig trat unter der bedeutend

Digitized by Google

vergrößerten Varicellenpustel ein Furunkel auf; seltener eine breitere Nekrose der Haut, die in einigen Fällen bis auf die Fascie hinabging. Die Temperaturen erreichten eine ungewöhnliche Höhe. Auch in den schwersten Fällen beobachtete er keine Nephritis.

Herr Krautwig kennt einen Fall von Varicellen, wobei suffokative Anfälle eintraten und von einem Halsspezialisten abheilende Ulceration am falschen Stimmband festgestellt wurde.

Herr Selter (Solingen) bestätigt das Vorkommen von Hautgangrän bei Varicellen.

III. Herr Dr. Kaupe. **Ikterus nach Scharlach.** Ein 4jähriges Kind an leichtem Scharlach erkrankt und bereits 4 Tage fieberfrei. Plötzlich Schüttelfrost, Erbrechen und Temperatur von 39,8, obwohl strengste Milchdiät innegehalten wurde und Nieren und Rachen frei waren. Anderen Tages sind die Zervikaldrüsen bedeutend geschwollen. Rachen frei, ebenso die Gelenke. Bis zum Abend sind die Präaurikulardrüsen, Kubital- und Inguinaldrüsen geschwollen, hart und zum Teil sogar sichtbar; ebenso die Milz fühlbar. Es fiel auf, daß das Kind keinen Urin gelassen und daß der Stuhl angehalten war; ebenso begannen die Konjunktiven sich gelblich zu verfärben. Anderen Tags früh war das Kind tief ikterisch, die Leber deutlich fühlbar, nicht schmerzhaft. Urin waren ca. 70 ccm spontan gelassen, hochgestellt, trübe, dunkelbraun, enthielt viel Eiweiß und Gallenfarbstoff. Mikroskopisch zahlreiche ikterische Hyalinzylinder und Epithelien. Stuhlgang auf Einlauf strangförmig, tonig, übelriechend. Während dieser Zeit bestand das Fieber fort, bis zum fünften Tage nach dem Schüttelfrost fiel dasselbe kritisch ab, womit auch die Diurese wieder ausgiebiger wurde und eine allmähliche restitutio sich einstellte.

Als Ursache nimmt K. zwei Möglichkeiten an. 1. ist durch die Schwellung sämtlicher Drüsen auch der an der Porta hepatis gelegene Ductus choledochus verlegt gewesen oder aber die Leber selbst als Drüse ist durch das Virus in toto entzündet gewesen und dadurch ist der Übertritt von Gallenfarbstoff in die Blutbahn bedingt gewesen.

IV. Herr Krautwig (Köln). **Plötzliche Todesfälle im Kindesalter.** (Der Vortrag ist erschienen im Archiv für Kinderheilkunde Bd. 35.)

Zur Diskussion: Herr Bloch. Nach Analogie des plötzlichen Herztodes nach überstandener Diphtherie möchte ich an die plötzlichen Todesfälle nach schweren Verbrennungen erinnern, wo bei Sektionen nur wenig konstatiert wurde. Wahrscheinlich handelt es sich um Degeneration der Herzganglien durch die ins Blut aufgenommenen Verbrennungsstoffe von der Haut aus.

Herr Castenholz berichtet über einen plötzlichen Todesfall, wo bei der Sektion eine im Schlaf aspirierte Fliege vorgefunden wurde. Das Bild machte sowohl äußerlich den Eindruck eines Erstickten und auch bei der Sektion wurden die Symptome der Erstickung vorgefunden.

Herr Dreher teilt einen Fall von plötzlichem Tode mit, bei welchem sich bei der Obduktion eine mäßige Pleuritis exsudativa und eine im mittleren Maße hypertrophische Thymus fand. Das rhachitische Kind ist nach Angabe der Eltern bis unmittelbar vor seinem Tode ohne jede krankhafte Erscheinung gewesen.

V. Herr Selter (Solingen) bespricht an der Hand zweier Fälle von **Pylorusstenose**[1]), deren einen er post mortem sah und anatomisch mit verarbeitete, während der zweite Fall, der unter den typischen Erscheinungen dieser Erkrankung in Behandlung kam und jetzt weit gebessert hier vorgestellt wird, die über dieses Kapitel bisher erschienene Literatur und knüpft daran eine Kritik, in der er zu folgenden Schlüssen kommt.

1. Die angeborene Pylorusstenose ist ein wohl charakterisiertes Krankheitsbild, das sich zeigt a) in hartnäckigem aber wechselndem, meist einige Zeit nach der Geburt beginnendem, nicht gallenfarbstoffhaltigem Erbrechen, b) in spärlichen, wenn vorhanden, dyspeptischen Stühlen, c) rascher Gewichtsabnahme und eventuell d) deutlich werdender Gastrektasie und e) Tumor in der dem Pylorus entsprechenden Gegend. 2. Für das Vorkommen des Pyloruskrampfes fehlen bisher noch die nötigen faktischen (d. h. anatomisch physiologischen) Grundlagen. 3. Die Therapie der Pylorusstenose erstreckt sich auf Regelung der Diät (feinflockige Gerinnsel bildende Speisen, wenn möglich Muttermilch) Magenspülungen, eventuell Mast-

---

[1]) Erscheint an anderer Stelle (Grenzgebiete der Chir. und Med.).


Digitized by Google

darm- und Hauternährung und bei Fehlschlagen dieser Maßnahmen, als ultimum refugium Operation. 4. Die Prognose richtet sich nach dem unter der Behandlung festzustellendem Grade der Stenose.

Zur Diskussion: Herr Hoffmann (als Gast) wendet sich gegen den die Operation vollständig verwerfenden Standpunkt Heubners und glaubt, daß man nach einer erfolglosen, nicht zu lange fortgesetzten inneren Therapie doch wohl die Verpflichtung habe, mit der Gastroenterostomose eine Heilung herbeizuführen zu versuchen. Besonders der Fall von Kehr beweise, daß man auch in ganz jugendlichem Alter erfolgreich operieren könne. Sehr empfehlenswert sei gerade bei sehr heruntergekommenen Kindern die Witzelsche Methode der Gastroenterostomose, welche eine sofortige Ernährung gestatte.

Herr Lamm. Bezüglich der diätetischen Behandlung halte ich es für richtig, dem Kinde nur kleine, häufige Mahlzeiten zu geben, also das Brustkind nicht, wie üblich 15—20 Minuten an der Brust liegen zu lassen und eventuell das Resultat der Magenausspülung der Anzahl der Mahlzeiten zu Grunde zu legen.

Herr Paffenholz berichtet über einen Fall von unzweifelhafter Pylorusstenose, der ohne Operation gut verlaufen ist. Erbrechen bestand aber monatelang, das Kind entwickelte sich sehr langsam, in den späteren Monaten aber gut. Also Versuch mit interner Behandlung abzuwarten jedenfalls gerechtfertigt.

VI. Herr Rendsburg (Solingen) berichtet **zur Frage der Buttermilchernährung** über Erfolge, die Dr. Selter im Verein mit ihm bei Buttermilchernährung in der Praxis hatten. In ca. 75 Fällen bewährte sie sich durchaus gut; es gelang bei den meisten über Erwarten befriedigende Gewichtszunahmen, bei allen die Heilung selbst schwerer Brechdurchfälle zu erreichen, wo andere Mittel versagten bezw. langsam zum Ziele führten. Die Erfolge wurden durch Gewichtskurven illustriert. Da alle Milchhändler ihre Buttermilch mit vom Tage vorher zurückgebliebener sauer gewordener Magermilch versetzen, empfiehlt sich größte Vorsicht; als Kontrollmittel, ob die Buttermilch nicht verfälscht ist, hat sich die Aziditätsbestimmung und die Fällung des Kaseïns mit Essigsäure bewährt. Die mit Magermilch versetzte Buttermilch weist stets eine höhere Azidität auf, als die reine; das mit Essigsäure gefällte und abfiltrierte Kaseïn ist bei dieser fein verteilt und legt sich dem Filter in dünner Schicht an, bei jener ist es gröber und massiger auf dem Filter. In Fällen, in denen die Gewichtszunahme bei reiner Buttermilch auf die Dauer nicht befriedigte, erzielten sie stets durch Rahmzusatz einen guten Erfolg, üble Folgen sahen sie selbst bei schweren Enterokatarrhen nicht hiervon. Bei atrophischen, für ihr Alter an Gewicht zurückgebliebenen Kindern ließen sich ohne schädliche Folgen bei gesteigerter Zunahme, Mengen bis zu 40 Kalorien pro kg einführen. Am schlechtesten wurde verhältnismäßig das Weizenmehl vertragen; relativ häufig ließ es sich im Stuhle unverdaut wiederfinden; bei Verwendung von dextrinierten Mehlen ließ sich dieser Umstand leicht heben. Die Millonsche Reaktion auf Eiweiß war selbst bei Einfuhr unverhältnismäßig hoher Eiweißmengen stets negativ oder nur schwach angedeutet. Um zu sehen, ob das geänderte Verhältnis von Kaseïn zum Albumin in der Buttermilch mit zur leichteren Verdaulichkeit derselben beitrüge, haben S. und R. das Kaseïn der Buttermilch und der Magermilch gefällt und gewogen (so gut dies ohne exakte chemische Apparate ging) und ein Plus von Kaseïn in der Magermilch um 2,65 % gefunden. Genauere chemische Analysen über das Verhältnis des Albumins und Kaseïns in der Buttermilch stehen noch aus, werden jedoch auf ihre Veranlassung gemacht werden.

Zur Diskussion: Herr Gernsheim. Von meiner ursprünglichen Skepsis, der ich verschiedentlich Ausdruck gegeben habe, bin ich abgekommen, seitdem ich mit einwandsfreier Buttermilch, speziell bei Kindern auf dem Lande, in deren Familien selbst die Buttermilch sorgfältig hergestellt wurde, gute Erfolge gehabt habe. Diese guten Ergebnisse stellten sich jedoch nur bei chronischen Erkrankungen des Magendarmkanals bei Kindern von 5—10 Monaten, ja bei Kindern über ein Jahr ein, nicht aber bei akuten Brechdurchfällen, bei denen ich regelmäßig ein klägliches Fiasko erlebte. Ich möchte noch hinzufügen, daß ich statt des nicht immer gleichmäßig beschaffenen Weizenmehls, Reismehl und zwar das in Paketen käufliche Knorrsche Reismehl verwenden lasse.

Herr Paffenholz. Die Skepsis bei der Buttermilchernährung bezieht sich auf die Schwierigkeit in Großstädten, gute Buttermilch zu beschaffen. Ein eklatanter Erfolg bei einem Dorfkind von 8 Wochen (Zunahme von 1300 g in 3 Wochen), dessen Eltern selbst täglich für ihr Kind die Buttermilch bereiteten, veranlaßte

Digitized by Google

zu Versuchen in der Stadt; hier war das Material sehr verschieden, auch garantiert reine Proben ergaben große Unterschiede im Säuregehalt (16 Grade nach Soxhlet mit $^1/_4$-NNa-Lauge bis zu 38 Grade). Millonsche Reaktion nicht durchaus Kontraindikation gegen Eiweißernährung, auch Verdauungssekrete können dem Stuhl beigemischt sein. Überhaupt muß der so wichtige Weg der Fäcesuntersuchungen beim Aufsuchen der passenden Ernährungsweise noch weiter ausgebaut werden. Bestätigungen der Erfolge Biederts fehlen bis jetzt seitens der großen Kinderkliniken.

Herr Selter. Daß man skeptisch der Buttermilch gegenüber gestanden, hat seinen Grund darin, daß sie auf Grund rein empirischer Erfahrung empfohlen wurde. Die erste Publikation hierüber (Teixeira) stößt unserer wissenschaftlichen Erkenntnis geradezu vor den Kopf, wenn sie z. B. mitteilt, daß man straflos ungezählte Kalorien Buttermilch einführen könne, daß eine genaue Stuhluntersuchung zwecklos sei u. s. w. Ich glaube aber und Herr Rensburg hat es Ihnen angedeutet, daß wir einen Grund ihrer vorteilhaften Wirkung in dem Verhältnis des Albumins zu dem Kaseïn der Buttermilch sehen müssen. Ich bin daran, den Gedanken weiter auszubauen und eine auch konservierbare, kaseïnarme und albuminreiche Nahrung herzustellen. Sollte uns das gelingen, so glaube ich, sind wir damit einen Schritt weiter in der Säuglingsernährung, indem wir je nach dem Resultate der Stuhluntersuchung — die ich allerdings nach Biedert in der Therapie der Ernährungsstörungen für unentbehrlich und für einen trefflichen Wegweiser halte — Rahm (Fett), aus Zucker bezw. Kohlehydraten und aus einer solchen albuminreichen Milch eine dem Einzelfalle entsprechende Nahrung herzustellen in der Lage sind. Vorläufig aber glaube ich, ist die Buttermilch dazu berufen, uns die Lücke der leicht verdaulichen Eiweißmilch zu ersetzen.

Herr Rensburg (Schlußwort). Ich wundere mich darüber, daß andere Herren solche Schwierigkeiten haben, eine einwandfreie Buttermilch zu erlangen. Wir haben in unserer doch relativ kleinen Stadt in kurzer Zeit schon 2 Quellen für gute Buttermilch gefunden. Die Prüfung des Stuhles mit Millonscher Reaktion hat uns auch in anderen Fällen zur Beurteilung, ob das Eiweiß verdaut wird, stets gute Dienste geleistet, wie überhaupt die Biedertsche Stuhluntersuchung auf Eiweiß, Fett und Stärke; wenn sie auch noch nicht alles bietet, so zeigt sie uns doch den Weg, an Stelle der rohen Empirie Indikationen für die eine oder andere Nahrungsweise zu finden. Die Mißerfolge Gernsheims bei akutem Darmkatarrh sind vielleicht darauf zurückzuführen, daß die selbstbereitete Buttermilch benutzt wurde; wir haben jedenfalls auch hier glänzende Erfolge gesehen. Daß die Buttermilch als Nahrungsmittel wieder verschwindet, glaube ich nicht, es sei denn, daß es gelingt, dasjenige herauszufinden, was der Buttermilch ihre Erfolge bei der Säuglingsernährung verschafft. J. G. Rey.

Königliche Gesellschaft der Ärzte Budapest.

(Chirurgische Sektion.)

Sitzung vom 13. XI. 1902.

(Originalbericht.)

M. Winternitz berichtet von einem durch primäre Naht geheilten supracondylären Oberarmbruch bei einem 6jährigen Knaben. Die Adaptierung ohne Naht gelang nicht, daher versuchte W. nach Freilegung der Bruchenden die Vereinigung mittels Silberdraht. Der Verlauf war vollständig aseptisch, der Erfolg ein ausgezeichneter, da die Extension des Armes vollständig, die aktive Flexion bis 130, die passive bis 145° gelingt. Die Röntgenaufnahme zeigt den Mangel eines funktionhindernden Callus. Grund dieser Beobachtung empfiehlt W. diesen Vorgang, bei allen supracondylären Brüchen, wo die Adaptierung der Bruchenden unmöglich, oder wo Nerven- oder anderlei schwere Verletzungen im Spiele sind. Ernö Deutsch (Budapest).

Königliche Gesellschaft der Ärzte Budapest.

Sitzung vom 17. I. 1903.

H. Alapy demonstriert einen 12jährigen Knaben, der 5 Wochen hindurch fieberte, ohne daß man den Grund eruiert hätte. Nach 5 Tage währender Be-

Digitized by Google

obachtung stellt A. per exclusionem die Diagnose einer ohne Exsudation und Abszeßbildung verlaufenden Appendicitis. Die mikroskropische Untersuchung des entfernten Processus vermiformis bestätigte die Diagnose, indem sie das Bild einer beginnenden Appendicitis granulosa sec. Riedel zeigte.

Ernö Deutsch (Budapest).

Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg.

Sitzung vom 23. Oktober 1902.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 2.)

Herr Reichard: **Über Sehnenverpflanzung.** Vortr. schildert kurz die Geschichte dieses modernen Operationsverfahrens und bespricht an der Hand seiner eigenen Erfahrungen (60 Verpflanzungen) die Indikationen. Während ihm die sonst am häufigsten zu dieser Operation indizierende Erkrankung, die spinale Kinderlähmung, bisher nur wenig und sehr undankbare Fälle ergab (lauter doppelseitige Lähmungen), hat er relativ viel Operationen gemacht bei der zerebralen Kinderlähmung und der Littleschen Krankheit (bei der ersteren Affektion 22, bei der zweiten 14 Operationen). Bei der zerebralen Kinderlähmung läßt sich recht viel auf diesem Wege erreichen, indem sich ein Ausgleich zwischen Spasmus einerseits und Parese andererseits herstellen läßt, so daß die sehr störende spastische Equinovarusstellung des Fußes ganz verschwindet und ein normaler Gang mit gutem Aufsetzen der Fußsohle erlangt wird, während an der Hand sich in gewissen Grenzen Gebrauchsfähigkeit erzielen läßt durch Streckung der gebeugt herabhängenden bezw. bei großer Spasmität eingeballten Finger. Durch Demonstration von Gipsabgüssen und Vorstellung mehrerer operierter Pat. werden die erreichten Erfolge gezeigt. Bei der Littleschen Krankheit kommt der Sehnenverpflanzung zweifellos die Rolle zu, die übrigen Behandlungsmethoden in wertvoller Weise zu unterstützen. Andere Indikationen gaben noch ab ein doppelseitiger Hackenfuß bei Spina bifida, der sehr gut zu beseitigen war, ein doppelseitiger Klumpfuß und eine Quadricepsparese bei Spondylitis, sowie mehrere Fälle von angeborenem Klumpfuß und je 1 Fall von rhachitischem Knickfuß und doppelseitigem Klumpfuß nach schwerer chronischer Arthritis. In allen letztgenannten Fällen ließen sich sehr schöne Erfolge erzielen. Über die Sehnenverpflanzung an Stelle der Sehnennaht bei älteren Verletzungen fehlen eigene Erfahrungen. Schließlich bespricht Vortr. noch kurz die Technik des Verfahrens.

IV. Neue Bücher.

Carl Hochsinger. **Gesundheitspflege des Kindes im Elternhaus.** 2. Auflage. Verlag von Fr. Deuticke (Leipzig-Wien). Preis Mk. 3,60.

Th. Goerges. **Das Kind im ersten Lebensalter.** Verlag von Ullstein & Co. Berlin. Preis Mk. 1.

G. Riether. **Unser Kind.** Verlag von A. Hölder, Wien. Preis Mk. 1.

Bei der Gewissenhaftigkeit, deren sich Hochsinger bei seinen Publikationen befleißigt, nimmt es nicht wunder, daß der Autor seine im Jahre 1895 zum erstenmal erschienene Arbeit in umfassender Weise revidierte, ehe er sie von neuem in die Welt schickte. Es hat allen wichtigen Neuerungen z. B. auf dem Gebiete der Ernährungsfrage der Säuglinge, der Nabel- und Mundpflege vollste Berücksichtigung zuteil werden lassen, er hat auch viele andere Kapitel umgearbeitet und vermehrt, er hat der Alkoholfrage, den Eiweißpräparaten, den neueren Desinfektionsmethoden u. s. w. die nötige Aufmerksamkeit geschenkt, kurz: er hat ein modernes Buch geschaffen, welches alles Wesentliche über private Hygiene der Kinder von ihrer Geburt bis zur beendeten Schulzeit enthält und von einigermaßen gebildeten Laien mit bestem Nutzen studiert werden kann. Mit Recht hat der Verf. die Generaleinteilung des Stoffes in 3 Abschnitte (Besonderheiten der Säuglingspflege, allgemeine Regeln einer Gesundheitspflege des Kindes, häusliche Pflege des Schulkindes) beibehalten, da solche eine große Übersichtlichkeit des Inhaltes gewährleistete. So wird auch die neue Auflage des Werkchens gewiß aufs beifälligste aufgenommen werden.

Digitized by Google

Ein beschränkteres Gebiet hat Goerges, der Arzt des Elisabeth-Kinderhospitals zu Berlin zum Gegenstande seiner Ausführungen gemacht. Er hat dies Gebiet aber recht geschickt, klar und übersichtlich bearbeitet, hat dem modernen Standpunkt der Wissenschaft allenhalben Rechnung getragen, so daß man das Büchlein Laien sehr wohl zur Lektüre empfehlen kann. Das bei guter Ausstattung recht billige Buch gehört Ullsteins „Sammlung praktischer Hausbücher" an, es ist auch ein praktisches Hausbuch in gutem Sinne des Wortes.

Riethers „Unser Kind" stellt sich zur Hauptaufgabe, ein „Vormerkbüchlein über das Gedeihen des Kindes" zu sein. Es enthält in zweckmäßiger Anordnung Notizblätter zur Eintragung über Längen- und Wachstumsverhältnisse, Zahnen, Impfung, Gewichtzunahmen, Krankheiten u. s. w. des betreffenden Kindes, und als Anhang die wichtigsten Vorschriften über Ernährung und Pflege hauptsächlich fürs erste Lebensjahr. Das kleine Buch dürfte sich rasch Eingang in die Familien schaffen, da es durchaus den Bedürfnissen angepaßt ist und es den Eltern sehr bequem macht, übersichtlich und schnell sich über Gedeihen und Entwickelung ihrer Kinder zu orientieren. Grätzer.

Vor uns liegt ein Exemplar des ersten Doppelheftes der „Mitteilungen der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten". In demselben befinden sich außer dem Aufruf zur Begründung der Gesellschaft, deren Statuten sowie die Verhandlungen der konstituierenden Versammlung im Bürgersaale des Rathauses zu Berlin am 19. Oktober 1902 ausführlich wiedergegeben. Ziele und Arbeitsplan der Gesellschaft sind aus diesen Verhandlungen klar ersichtlich. Wie ebenfalls aus dem Inhalt der „Mitteilungen" zu ersehen ist, hat die Gesellschaft in der kurzen Zeit ihres Bestehens einen unerwarteten Aufschwung genommen, and da sie sich die Förderung der höchsten Reichs- und Staatsbehörden in hohem Maße erfreut, so ist zu erwarten, daß sie in der nächsten Zeit auf diesem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege eine führende Rolle spielen wird. Wir bemerken noch, daß die „Mitteilungen", welche den Mitgliedern der Gesellschaft unentgeltlich zugehen, auch durch den Buchhandel zum Jahrespreis von 3 Mk. zu beziehen sind. Sie erscheinen bei der bekannten Verlagsbuchhandlung von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. G.

Neue Dissertationen.

Arbogast, Adolf. Über Behandlung der Melaena neonatorum mit Gelatineinjektionen. (Straßburg, Dezember 1902.)

Heilbronn, Josef. Über kongenitale Nierenanomalien. (Würzburg, November 1902.)

Hügel, Ludwig Ferdinand. Über Ileus im Kindesalter. (München, Dezember 1902.)

Köppen, August. Der Pyloruskrampf im Säuglingsalter. (Bonn, Dezember 1902.)

Lebon, Camille. Über das Mortalitätskontingent des Keuchhustens. (Straßburg, Dezember 1902.)

Sachs, Adalbert. Über angeborene Defekte des Schlüsselbeine. (Leipzig, Dezember 1902.)

Schlüter, Robert. Die fötale Infektion der Tuberkulose. (Rostock, Dezember 1902.)

v. Schrenk-Notzing, Freiherr Albert. Beiträge zur Kenntnis der angeborenen Luxationen im Sprunggelenk. (Leipzig, Dezember 1902.)

Schulz, Karl. Über einen Fall von kongenitaler Amputation der rechten oberen Extremität. (Würzburg, November 1902.)

Sprenker, Theodor. Über die Beziehungen der Skrofulose zu den häufigsten Binde- und Hornhauterkrankungen des Kindesalters. (Freiburg, Dezember 1902.)

V. Monats-Chronik.

Berlin. Der Allgemeine Deutsche Verein für Schulgesundheitspflege hat an die Regierungen und Stadtverwaltungen eine Eingabe gerichtet, worin um die **Anstellung von Schulärzten** in den Städten und auf dem Lande ersucht wird. In

Digitized by Google

der Eingabe wird ausgeführt: Es liegen bereits genügende Erfahrungen vor, um über die Tätigkeit von Schulärzten urteilen zu können, und dieses Urteil lautet, daß überall, wo Schulärzte eingeführt worden sind, ihre Tätigkeit eine durchaus zufriedenstellende und ersprießliche gewesen ist. Die Befürchtungen, die man an die schulärztliche Tätigkeit insbesondere für das innere Leben der Schule knüpfte, sind nicht eingetroffen. Die Lehrerschaft hat sich mit der Einrichtung befreundet, ein Widerstand der Lehrerschaft, sobald sie das Wesen und Wirken der Schularzt-Institution in rechter Form kennen gelernt hatte, ist nirgends hervorgetreten. Die Schularzteinrichtung ist nicht nur für die größeren und kleineren Städte ein Erfordernis, sondern in gleichem, wenn nicht erhöhtem Grade für die Landschulen, in welchen vielfach noch Zustände herrschen, die jeder Gesundheitspflege geradezu spotten. Ist auch die Schularztorganisation auf dem Lande mit größeren Schwierigkeiten als in den Städten verbunden, so zeigt doch das Beispiel des Herzogtums Sachsen-Meinigen, daß diese Schwierigkeiten nicht unüberwindbar sind. Die Grundzüge einer schulärztlichen Tätigkeit lassen sich in folgendem zusammenfassen: 1. Begutachtungen aller Schulen und ihrer Einrichtungen. Von Zeit zu Zeit erfolgende Kontrolle dieser Einrichtungen. 2. Untersuchung der neu in die Schule tretenden Kinder, Wiederholung der Untersuchung, jedenfalls der krank befundenen Kinder innerhalb gewisser, nicht zu groß bemessener Zwischenräume und Angaben, was im Interesse der Schule und Schüler mit den kranken Kindern zu geschehen hat. 3. Unterstützung und Förderung aller mit der Schule auch in weiterem Sinne zusammenhängenden hygienischen Bestrebungen (Schulbäder, Heilstätten, hygienische Vorträge u. s. w.). — Die hier angestrebten Ziele, denen man unbedingt beistimmen muß, ließen sich am einfachsten in der Weise erreichen, daß zur Lösung der unter 1 genannten Aufgaben überall einige wenige hygienisch besonders durchgebildete Ärzte als Oberschulärzte angestellt würden, welche die Schulbehörden zu beraten hätten, während zur sachgemäßen Erledigung der unter 2. und 3. genannten Forderungen sich zweifellos das System der freien Arztwahl seitens der Eltern der Schulkinder am besten eignen würde, das mit Leichtigkeit nach dem Muster kassenärztlichen Organisationen mit freier Auswahl eingerichtet werden könnte. (Allgem. med. Central-Ztg. 1903 No. 1.)

— **Die Kinderheilstätte für tuberkulöse Kinder** des Berlin-Brandenburger Heilstätten-Vereins ist am 5. Januar dieses Jahres eröffnet worden. Meldungen zur Aufnahme sind an Direktor D. Moeller, Vereins-Heilstätte Belzig, zu richten.

Schweiz. **Schulärztliche Untersuchungsergebnisse in der Schweiz.** Im Jahre 1897 wurde in der Schweiz, nach dem „Deutschen Reichsanzeiger", eine Zählung der schwachsinnigen, körperlich gebrechlichen und sittlich verwahrlosten Schulkinder ausgeführt, die in verschiedener Beziehung lückenhaft geblieben war. Um ausreichende und zuverlässige Feststellungen über abnorme Kinder zu beschaffen, wurde eine alljahrlich stattfindende Untersuchung der in die Schule eintretenden Kinder durch die Schulärzte in 16 Kantonen angeordnet. In den Jahren 1899 und 1900 wurden, wie die „Stat. Corr." der „Schweizerischen Statistik" (Jahrgang 1901) entnimmt, zusammen 107968 Kinder mit dem Ergebnis untersucht, daß darunter 15595 Kinder = 144 aufs Tausend als nicht völlig normal erklärt werden mußten. Davon waren 2578 mit geistigen Gebrechen behaftet, und zwar waren blödsinnig 83, schwachsinnig in höherem Grade 552, in geringerem Grade 1943. Die Zahl der Schwachsinnigen ist infolge sorgfältigerer Prüfung im letzten Berichtsjahre gegen das vorhergehende gesunken; dagegen blieb das Verhältnis der körperlichen Gebrechen, die leichter festzustellen sind, in beiden Jahren annähernd das gleiche. Es litten daran in den Jahren 1899 und 1900 zusammen 12906 Kinder, und zwar an Augenfehlern 6895, an Gehörfehlern 2032, an Fehlern der Sprachorgane 1833, an Nervenkrankheiten 130 und an anderen Krankheiten 2016; sittlich verwahrlost waren 111 Kinder. Von den 15595 nicht normalen Kindern konnten 14262 = 915 aufs Tausend dem Unterricht in der öffentlichen Volksschule folgen; für 1333 = 85 aufs Tausend wurde Überweisung an eine Spezialklasse oder -anstalt angeordnet. Für ein Jahr von der Schule ausgeschlossen wurden 1899 367 und 1900 362 Kinder.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1903 No. 3.)

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

VIII. Jahrgang. 1. April 1903. No. 4.

I. Referate.

H. Zia. Über eine Konjunktivitisschulepidemie nebst einigen allgemeinen Bemerkungen über ärztliche Anordnungen bei Schulepidemien.[1])

(Aus der Univers.-Augenklinik zu Marburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 7.)

Im September vorigen Jahres herrschte in Marburg eine schwere, epidemisch aufgetretene Bindehauterkrankung — so wurde uns wenigstens von den verschiedensten Seiten mitgeteilt.

Obwohl wir diese Auffassung keineswegs teilen, so erachten wir es doch für zweckmäßig, über diese sogenannte schwere Schulepidemie in Kürze zu berichten, weil daraus Lehren für die Zukunft gezogen werden können.

Die Epidemie war in der höheren Töchterschule ausgebrochen und hatte folgenden Verlauf:

Eine Schülerin stand wegen einer ekzematösen Hornhauterkrankung in Behandlung der Klinik und trug auf dem erkrankten Auge einen leichten Heftpflasterverband. Sie kam jeden Tag ziemlich frühzeitig in die poliklinische Sprechstunde, so daß sie wohl regelmäßig zwei Schulstunden versäumte.

Nach einigen Tagen kamen auch ihre Schulnachbarinnen und klagten über Brennen und leichtes Tränen der Augen, sowie über Beschwerden bei der Naharbeit. Bei der einen war ein geringer hypertrophischer Astigmatismus vorhanden, bei beiden konstatierten wir oberflächlich sitzende, zart rosa aussehende Follikel im lateralen Bereich der unteren Übergangsfalte.

Da sie glaubten, von ihrer Nachbarin angesteckt zu sein, beruhigten wir sie und versicherten, daß von seiten ihrer Nachbarin keinerlei Ansteckungsgefahr vorliege. Falls sie wirklich in einigen Tagen noch Beschwerden hätten, sollten sie sich wieder sehen lassen.

Am nächsten Tage kamen drei weitere Schülerinnen, die in nächster Nähe saßen, mit den gleichen Beschwerden. Zwei davon hatten ganz normale Bindehaut, eine hatte eine Anzahl der oben beschriebenen Follikel.

Obwohl wir die Kinder selbst, obwohl wir die Eltern und den Herrn Direktor der Schule vollkommen beruhigen konnten, kamen in den nächsten Tagen immer wieder neue Schülerinnen, die plötzlich Schmerzen in den Augen verspürten und bei der N a h a r b e i t hatten. Zwei Kinder hatten wir auf ihre Bitte hin auf einige Zeit von der Handarbeitsstunde dispensieren lassen!

Die Schülerinnen zeigten teils ganz normale Bindehaut, teils waren an der Bindehaut vereinzelte, teils zahlreiche Follikel vorhanden. Nur bei e i n e r Schülerin war etwas schleimige Absonderung vorhanden — das damit angefertigte Deckglaspräparat ließ einzelne Kokken und Xerosebazillen erkennen.

Eine einzige Schülerin — im ganzen waren angeblich 41 erkrankt — zeigte

---

[1]) Diese Mitteilung ist so interessant und wichtig, daß wir sie vollständig wiedergeben zu müssen geglaubt haben. Red.

Digitized by Google

eine trachomverdächtige Bindehaut, doch erwies auch hier der Verlauf, daß eine Schulfollikularis vorlag.

Wir gaben einzelnen Zinktropfen oder schwache Kupfersalbe mit, die sie zu Hause anwenden sollten, falls sie noch Beschwerden verspüren würden. Nur einige wurden angewiesen, sich täglich vorzustellen; trotzdem kam die Mehrzahl in den nächsten Tagen wieder gelaufen. Es waren dies, wie wir feststellen konnten, die Freundinnen der Schülerinnen, die wir wieder bestellt hatten — sonach war eine Ausbreitung der Epidemie von Freundin zu Freundin zu konstatieren!

Wir schafften uns die kleinen Quälgeister in den nächsten Tagen mehr und mehr vom Halse und schon war die Zahl sehr gering geworden — da kam eines Morgens die ganze Gesellschaft wieder und behauptete, sie dürften nicht zur Schule kommen, da sonst die gesunden Kinder der Schule fern bleiben würden.

Wir waren darüber höchst erstaunt, da wir stets eine Ansteckungsgefahr als ausgeschlossen erklärt hatten, da wir die Kinder, deren Eltern und Lehrer beruhigt glaubten.

Wir bemerken, daß auch mit dem Herrn Kreisphysikus in obigem Sinne Rücksprache genommen war.

Auf Befragen erfuhren wir nun, daß von anderer Seite überängstlichen Eltern der Rat gegeben worden war, ihre Kinder aus der Schule zu lassen, damit sie nicht angesteckt würden.

Wir bemerken, daß nach den von der Regierung aufgestellten Regulativen man durchaus berechtigt war, bei vielen der beobachteten Fälle von leichten Fällen von Trachom zu sprechen, da diese Vorschriften den unitarischen Standpunkt vertreten.

Bei dieser Sachlage blieb daher dem Herrn Schuldirektor nichts anderes übrig, als sämtliche über ihre Augen klagenden Kinder wegzuschicken und ihnen den Schulbesuch nicht eher zu gestatten, als bis sie ein Attest beibrachten, wonach von seiten ihrer Augen keinerlei Ansteckungsgefahr vorlag.

Wir stellten die gewünschten Atteste aus und ließen zur Beruhigung einige Kinder, die eine größere Zahl von Follikeln hatten, täglich zur Behandlung kommen.

Nun wurden auch einige Schüler des Gymnasiums, deren Schwestern die schwere Augenerkrankung hatten, geschickt und schon wollte auch da die Epidemie ausbrechen.

Wir traten darauf mit dem Herrn Direktor in Verbindung und schlugen ihm nach Klarlegung der Sachlage vor: Es sollten die über ihre Augen klagenden Schüler uns geschickt werden, keiner sollte vom Schulbesuche befreit werden und es sollten die über ihre Augen klagenden Schüler in die ersten Bänke gesetzt und möglichst oft aufgerufen werden.

Der Herr Direktor machte davon in allen Klassen Mitteilung. Die erwartete Wirkung blieb nicht aus. Die drohende Epidemie war im Keime erstickt. Kein einziger kam nach dieser Kundgebung.

Wir haben bei der Schilderung der Epidemie von einer Reihe nicht wesentlicher Details abgesehen, denn aus dem Gesagten dürfte mit Sicherheit hervorgehen, daß es sich bei den überhaupt Erkrankten in mindestens $^8/_{10}$ der Fälle um eine Follikelvermehrung in der Bindehaut ohne Katarrh, bei einzelnen um eine Conjunctivitis follicularis gehandelt hat, und daß die scheinbare Infektion lediglich eine psychische Infektion darstellte.

Natürlich hat keine einzige der Schülerinnen, abgesehen von etwas verminderten Schulkenntnissen, den geringsten Schaden davongetragen.

Was für Schlüsse dürfen wir aus obigen und anderweitigen Erfahrungen ziehen?

Die von der Regierung aufgestellten Regulative bedürfen, wie dies bereits früher von Greeff u. a. betont wurde, einer baldigen Abänderung im Sinne des dualistischen Standpunktes, denn wir sahen hier, wie schon so oft, daß dadurch unnötige Angst in die Bevölkerung hineingetragen werden kann.

Es ist notwendig, sofort bei dem Beginne von Schulepidemien

Digitized by Google

mit dem Direktor der Schule in Verbindung zu treten und ihn nach allen Richtungen hin zu orientieren.

Sogleich bei dem Beginne der Epidemie ist die Frage zu erwägen, ob nicht die Schulklasse, in der die Epidemie ausgebrochen ist, oder bei gleichzeitigem Beginne in mehreren Klassen die ganze Schule einer Untersuchung zu unterziehen ist. Allgemeine Regeln für alle Schulen dürften sich hier kaum aufstellen lassen. Die Untersuchung ist zweckmäßigerweise von dem Herrn Kreisphysikus in Gemeinschaft mit einem erfahrenen Augenarzt vorzunehmen. Das Resultat der Untersuchung nebst Direktiven wird dem Herrn Schulvorstand mitgeteilt und derselbe darf nur diesen Anordnungen Folge geben. Dem Werte von Schulärzten gegenüber verhalten auch wir uns bei der in Rede stehenden Frage etwas skeptisch.

Trachomverdächtige Fälle und solche, bei denen die Konjunktiva ein pathologisches Sekret absondert, werden zweckmäßig isoliert gesetzt und sind einer Behandlung zu unterziehen.

Bei lediglich psychischer Infektion dürften pädagogische Maßnahmen rasch zum Ziele führen. Irgend welche Konzessionen ärztlicherseits an die erkrankten Schüler sind durchaus zu vermeiden.

Der Schulschluß ist nicht nur unnötig, sondern meist verkehrt, ja er kann schädlich sein.

Fast immer handelt es sich bei den Schulepidemien, die den Verdacht einer trachomatösen Erkrankung aufkommen lassen, um durchaus harmlose Erkrankungen, bei denen eine Infektion von Schüler zu Schüler höchst unwahrscheinlich ist.

Aber auch bei wirklichem Trachom ist Schulschluß zu widerraten, da auch hier die Gefahr der Übertragung in der Schule sehr gering ist, jedenfalls sich vermeiden läßt, da ferner die Gefahr der Infektion der Schüler zu Hause eine viel größere ist und ein Schulschluß, wenn er überhaupt von Nutzen sein soll, sich auf lange Zeit erstrecken müßte.

Schüler, bei denen Trachom mit Sicherheit festgestellt ist, sind zweckmäßigerweise isoliert zu setzen und müssen behandelt werden. Die Behandlung läßt sich von der Schule aus regelmäßiger gestalten als von zu Hause aus.

Besteht Absonderung nennenswerten Grades, so sind die Kinder vom Schulbesuch auszuschließen; denn es ist immer wieder zu betonen, daß eine Ansteckung beim Trachom wohl nur durch Sekretübertragung erfolgt.

Bei den durch Pneumokokken oder Koch-Weekssche Bazillen u. s. w. hervorgerufenen Schulepidemien sind die erkrankten Schüler isoliert zu setzen. Die Fälle, bei denen eine stärkere Absonderung besteht, sind von der Schule fern zu halten. Falls eine größere Zahl von Schülern erkrankt ist, so dürfte ebenfalls deren Ausschluß von der Schule oder das Schließen der Schule für kurze Zeit in Erwägung zu ziehen sein.

Letztere Epidemien entstehen nicht selten plötzlich, dahingegen spricht ein plötzliches Einsetzen einer Epidemie mit größter Wahrscheinlichkeit gegen Trachom.

Als prophylaktische Maßnahmen sind Anweisungen zur Reinlich-

Digitized by Google

keit, besonders auch zu öfterem Händewaschen, öfteres Abreiben der Schulbänke, der Türklinken u. s. w. zu empfehlen. Der Gebrauch gemeinsamer Waschutensilien und Handtücher ist zu vermeiden.

Meinem verehrten Chef Herrn Prof. L. Bach spreche ich für die Anregung zu dieser Arbeit und die gewährte Hilfe meinen verbindlichsten Dank aus.

F. R. v. Arlt. Die Aufhellung alter und frischer Hornhauttrübungen (ex conj. lymph.) durch Dionin.

(Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges VI. No. 11.)

Zur Aufhellung von Hornhauttrübungen nach Conjunctivitis phlyctänularis bringt A. Dionin in Substanz in Dosen von 0,005 in den Bindehautsack und läßt leichte Massage folgen. Das Manöver wird in der Woche nur ein-, selten zweimal angewendet und auf diese Weise eine Gewöhnung an das Mittel und verminderte Wirkung desselben vermieden, wie eine solche stets dann eintritt, wenn das Medikament öfters und dafür in geringeren Dosen verabfolgt wird. Unmittelbar nach der Einlegung tritt mäßig starker Schmerz auf, der 2—5 Minuten andauert, zugleich zeigt sich eine starke Lymphüberschwemmung der Bindehaut, die mehrere Stunden anhält. Ein Verband wird nicht angelegt. Ist man genötigt, dem Kranken Dionin selbst in die Hand zu geben, so tut man dies am besten in der Form einer 10%igen Salbe, die abends erbsengroß eingestrichen wird. Aus den angefügten fünf Krankengeschichten geht hervor, daß die Behandlungsdauer eine sehr lange sein muß. Es zeigt sich zwar auch schon nach mehrwöchentlichem Gebrauch von Dionin eine wesentliche Besserung der Sehschärfe, um jedoch eine volle Aufhellung von dichteren Trübungen zu erzielen, ist eine Zeit von vielen Monaten bis zu 2 Jahren erforderlich. Dann allerdings ergeben sich auch bei älteren Trübungen und älteren Individuen sehr gute Resultate, und die Erreichung einer wieder vollständig normalen Sehschärfe ist keine Seltenheit.

Enslin (München).

J. Veverka. Über die Prophylaxis der Augenblennorrhoe der Neugeborenen durch Protargol.

(Aus der geburtshilflichen Klinik in Prag.)

(Die Heilkunde 1903 No. 1.)

Vom März 1900 bis Februar 1901 wurden 1100 Neugeborene prophylaktisch mit 20%iger Protargollösung behandelt; der Prozentsatz der Infizierten war 0%. Außer dieser prompten Wirkung sind beim Protargol als Vorzüge hervorzuheben: die stets unbedeutend bleibende Reaktion der Conjunctiva. Die Ungefährlichkeit erleichtert die Technik sehr: es kommt gar nicht darauf an, ob man einige Tropfen mehr eintropft. Das nachherige Auswaschen mit Kochsalzlösung fällt weg.

Digitized by Google

Auf der Klinik von Prof. Rubeska wird in folgender Weise verfahren: Sofort nach der Geburt, solange das Kind noch mit der Nabelschnur zusammenhängt, werden die Lider jedes Auges mit einem in 3%ige Borsäurelösung getauchten Wattebausch gereinigt. Nach Unterbindung und Durchschneidung der Nabelschnur nochmaliges Abwaschen der Umgebung der Augen mit Bor. Dann erst Reinigung der Haut mit Öl und Bad, bei dem die Augen vor dem Badewasser zu schützen sind. Nach dem Bade, der Abtrocknung und der Versorgung des Nabelschnurrestes nochmals gründliche Reinigung der Augenumgebung mit Bor, worauf bei halbgeöffneten Lidern auf die Hornhaut 1—2, auch mehrere Tropfen der Protargollösung aufgeträufelt werden, die dann durch leichtes Bewegen der Augenlider überallhin verteilt werden.

Wenn sich trotzdem mal stärkere Gefäßinjektion zeigt, ein mäßiges Lidödem und vielleicht schleimiges Sekret, so träufle man weiter 2mal täglich das Protargol ein, bis jeder Verdacht verschwindet.

In gleicher Weise behandelt man die Augenblennorrhoe selbst. Auch hier bewährte sich die Protargoltherapie, und traten in keinem der vier so behandelten Fälle Komplikationen ein; das Lidödem schwand bei häufigen Waschungen des Auges mit 3%iger Borlösung in 2 Tagen, die Chemosis im Laufe des dritten Tages, eine starke Hyperämie mit serösem oder schleimigem Sekret dauerte gewöhnlich nach weitere 3—4 Tage. Das Einträufeln von Protargol fand 2mal täglich statt, das erste Auswaschen mit Bor 1/2 Stunde nach der Instillation.

Grätzer.

M. Koslowsky. Die operative Behandlung partieller Hornhautstaphylome.

(Verhandlungen der Gesellschaft der Kinderärzte zu Kiew 1902.)

Der Vortr. führt 9 Fälle von partiellem Staphylom bei Kindern an, welche er mit mehr oder weniger günstigem Ausgange operiert hat. Bei dreien von diesen Kranken litt das eine Auge an Staphyloma partiale, während das andere Auge vollkommen gesund war. Bei den übrigen kleinen Pat. wies auch das andere Auge pathologische Veränderungen auf (Staphyloma totale, Leukoma totale oder adhaerens, Conjunctivitis follicularis mit Blepharitis). Das Wesen der Operation besteht darin, daß ein mehr oder minder bedeutender Teil des Staphyloms exzidiert wird, und zwar derart, daß nach Verschluß der Wundränder durch die Naht der Augapfel eine möglichst normale Konfiguration erhält. Zu diesem Zweck geht man folgendermaßen vor: An der Grenze des zu entfernenden Staphylomabschnittes werden drei bis vier gekrümmte Nadeln eingestochen, hierauf wird das Staphylom in vertikaler Richtung durch einen Schnitt gespalten, jede Hälfte mit der Pinzette gefaßt und mit der Schere abgetragen. Nun werden die Nadeln mit samt den Fäden vollends durchgeführt und die Suturen geknüpft. Der ersten Druckverband bleibt 3—4 Tage liegen, in der Folge wird er täglich gewechselt; die Nähte entfernt man am

Digitized by Google

6.—12. Tage. Durch dieses Verfahren wird das Staphyloma partiale in ein gewöhnliches Leukoma adhaerens verwandelt; der durchsichtige Teil der Hornhaut, der früher fast senkrecht zum Augapfel stand, wird nun flach und nimmt teilweise die Form der normalen Cornea an. Nach Ausführung der Iridektomie behufs Verlagerung der Pupille hinter den durchsichtigen Rest der Hornhaut wurde bei sämtlichen Pat. eine beträchtliche Verbesserung des Sehvermögens erzielt. K. empfiehlt eine möglichst frühzeitige Vornahme des von ihm angewandten Operationsverfahrens.

A. Dworetzky (Moskau).

G. Hirsch. Zur Dacryocystitis „congenita“.

(Archiv für Augenheilkunde, XIV Heft 4.)

H. beschreibt 5 Fälle eigener Beobachtung von Dacryocystoblennorrhoe bei Säuglingen. Bei drei mikroskopisch untersuchten Fällen ließ sich regelmäßig der Fränkelsche Diplokokkus im Sekret des Tränensackes nachweisen. Ferner war bei den Müttern in allen Fällen starker Fluor albus vorhanden, weshalb H. die Erkrankung auf eine Pneumokokkeninfektion vom Vaginalsekret der Mutter aus zurückführt. Das Leiden tritt ein- oder doppelseitig auf und scheint links häufiger wie rechts zu sein. Die Prognose ist eine gute, da die Erkrankung auch ohne Behandlung fast stets ohne Komplikationen spontan zu heilen scheint. Massage des Tränensackes, die auch von der Mutter ausgeführt werden kann, führt meist rasch zu Besserung und Heilung.

E. Enslin (München).

Rindfleisch. Ein Fall von einseitigem Ergrauen der Wimpern bei einem Kinde.

(Klin. Monatsblätt. f. Augenheilkunde XL, 2.)

Bei einem 5jährigen Mädchen traten ohne bekannte Ursache seit $^1/_4$ Jahr am linken Auge weiße Wimpern auf, die sich in dieser Zeit bedeutend vermehrten, so daß bei der ersten Untersuchung die Zahl der normal dunkelblond gefärbten Wimpern eine sehr geringe war. Ein erbliche Belastung in dermatologischer Hinsicht war nicht vorhanden, desgleichen fehlten Störungen von Seite des Nervus sympathicus, wie solche die Ätiologie zweier von Bock beschriebener Fälle bildeten. Per exclusionem kommt R. zu dem Schluß, daß die allgemeine Körperschwäche der Pat. — die Folge einer schweren, katarrhalischen Pneumonie — die Ursache der Ergrauung war. Rätselhaft bleibt dabei freilich das völlig einseitige Lokalisiertsein der Affektion. Immerhin scheint für diese Auffassung zu sprechen, daß infolge einer allgemein roborierenden Behandlung die Zahl der farblosen Wimpern zu Gunsten der blonden in verhältnismäßig kurzer Zeit abnahm. Als Ursache der weißen Färbung der Cilien erwies sich miskroskopisch nicht wie in ähnlichen Fällen eine Luftblasenansammlung in der Rindenschicht, sondern eine mangelhafte Entwickelung des Pigmentes.

E. Enslin (München).

Digitized by Google

S. Golowin. Beiträge zur Anatomie und Pathogenese des Kryptophthalmus congenitus.

(Zeitschrift für Augenheilkunde VIII, Ergänzungsheft.)

Zu den acht bisher beim Menschen beobachteten Fällen von Kryptophthalmus fügt G. zwei neue. Als typische Merkmale dieser Hemmungsanomalie bezeichnet er 1. den Mangel freier Augenlider und der Lidspalte und 2. die Anwesenheit eines wenn auch krankhaft veränderten Augapfels unter der die Orbitalöffnung verschließenden Haut. Bei dem ersten Fall bestand diese angeborene Anomalie nur links, während rechts ein congenitales totales Synblepharon des oberen Lides vorhanden war. Lichtempfindung fehlte auf beiden Augen. Auf dringenden Wunsch des Pat. wurde ein operativer Eingriff versucht. Es fand sich in der linken Orbita ein phthisischer Bulbus, der enukleiert wurde. Der kosmetische Effekt ließ zu wünschen übrig. Die zweite Beobachtung betraf ein 2 Monate altes Mädchen, deren 4 Jahre ältere Schwester dasselbe Leiden besaß, jedoch nicht zur Untersuchung kam. Der Kryptophthalmus war hier beiderseitig, die Stirnhaut zog glatt über die Orbita hinweg. Durch die Haut hindurch konnte man deutlich die Augäpfel fühlen und auch ihre Bewegungen sehen. Da in dem linken Auge zweifellose Lichtempfindung vorhanden war, durchschnitt G. die Haut über ihm und bildete auf plastischem Wege zwei Augenlider, die jedoch bald stark schrumpften. Der freigelegte Bulbus erwies sich als staphylomatös entartet. Ein Jahr später starb das Kind an Scharlach. Der in Fall 1 gewonnene Bulbus wurde mikroskopisch untersucht. Auf Grund des dabei gemachten Befundes und früherer Angaben kommt G. zu der auch von Chiari vertretenen Anschauung, daß der Kryptophthalmus die Folge einer schweren Entzündung am Auge des Fötus sei. Wenn sich nämlich zu einer Zeit, wo die Lider noch verwachsen sind, an dem Auge der Frucht eine Keratitis, besonders eine solche ulceröser Natur entwickelt, so werden sehr leicht die Conjunctiva und die vor der Hornhaut liegenden Lider in den Entzündungsprozeß mit hineingezogen und damit die Regelmäßigkeit der ferneren Entwicklung derselben gestört. Dabei kann es dann, neben anderen Anomalien, auch vorkommen, daß die fötale Verwachsung der Lidspalte sich nicht löst, sondern infolge der entzündlichen Veränderungen bestehen bleibt.

Enslin (München).

A. Koppen. Über einen Fall von Atrophia nervi optici und Mikrophthalmus im Anschluß an eine Läsion des Sehnerven intra partum.

(Die ophthalmologische Klinik 1902 Nr. 20.)

K. untersuchte einen jungen Mann von 19 Jahren, dessen linkes Auge das typische Bild einer Opticusatrophie bot. Außerdem war der linke Bulbus kleiner als der rechte (Hornhautdurchmesser R. 12 mm L. $10^1/_2$ mm). Die Anamnese ergab, daß es sich seinerzeit um eine schwere Zangengeburt gehandelt habe. Nach der Extraktion war das

Digitized by Google

linke Auge stark vorgetrieben und seine Umgebung blutunterlaufen. Es ist also anzunehmen, daß damals eine Zerrung oder Zerreißung des Nervus opticus erfolgte, welche dann zur Atrophie führte. Solche Fälle sind nicht allzu selten. Interessant ist dagegen die Erscheinung des Mikrophthalmus. Gestützt auf Experimentaluntersuchungen Hertels an jungen Tieren nimmt K. an, daß das Zurückbleiben des Wachstums des linken Bulbus eine direkte Folge der Optikusläsion sei.

E. Enslin (München).

C. Gessner. Zur Kasuistik der familiären amaurotischen Idiotie.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 7.)

G. beobachtete folgenden Fall:

Es handelte sich um ein $1^1/_4$ Jahr altes Mädchen, jüdischer Abstammung. Das Kind ist gesund geboren worden und bis zum siebenten Lebensmonate gesund geblieben. Von da ab wurde es allmählich schwächer, es hörten die Bewegungen der Beine auf, die Eltern beobachteten eine gewisse Starre der Extremitäten. Erbrechen oder andere zerebrale Symptome waren anfangs nicht vorhanden, in letzter Zeit der Erkrankung ist Erbrechen aufgetreten. Das Gehör blieb gut. Schließlich konnte das Kind, welches vollständig teilnahmslos war, weder sitzen noch stehen und war unfähig den Kopf gerade zu halten. Es entwickelte sich spastische Lähmung des ganzen Körpers. Das Sehvermögen war erloschen. Luetische Erkrankungen der Familie sind nicht nachweisbar gewesen, ebensowenig Tuberkulose oder nervöse Belastung.

Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab als pathognomonischen Befund: Die Papillen zeigten sich beiderseits vollständig abgeblaßt (Atrophia nerv. optic.); in der Makulagegend fand sich symmetrisch auf beiden Augen eine ungefähr $1^1/_2$ Papillendurchmesser große, weiße, nahezu runde Fläche mit einem roten Tupfen in der Mitte.

14 Tage später ist das Mädchen gestorben. Grätzer.

Ralph Opdyke. The close analogy of trachoma to Adenoids.

(Medical Record, den 3. Januar 1903.)

So wunderlich es auch klingen mag, haben doch Trachom und adenoide Wucherungen des Nasenrachenraums zahlreiche ätiologische und pathologisch-anatomische Berührungspunkte. Ursächliche Faktoren wie hereditäre Belastung, schlechte hygienische Verhältnisse, klimatische Veränderungen, Dyskrasien und örtliche Reizzustände, sind sämtlich den beiden Affektionen gemeinsam. Fernerhin stellen beide Erkrankungen pathologische Umgestaltungen des nämlichen lymphoiden Gewebes dar: für adenoide Wucherungen des Naso-pharynx ist dies ja unzweifelhaft; aber auch bei Trachom wird dasselbe Verhältnis von den meisten Autoritäten angenommen.

Mithin ergibt sich eine nicht zu unterschätzende prophylaktische Maßregel: die schleunigste Entfernung adenoider Gewächse bei Kindern, sobald die Affektion erkannt wird. Lehrer und Eltern sollten mit den typischen Erscheinungen bekannt sein, um eine frühzeitige Behandlung zu ermöglichen.

Auf diese einfache Weise läßt sich eine Einschränkung des mit Recht gefürchteten Augenübels erzielen. Daneben wird auch das

Digitized by Google

Gehörorgan vor vielfältigen Gefahren bewahrt, da bekanntlich über 80 Prozent aller akuten und chronischen Ohrleiden auf adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes zurückzuführen seien.

Leo Jacobi (New York).

Walter F. Chapell. Traumatism during Adenoid Operations.

(Medical Review of Reviews, November 1902.)

Die Entfernung adenoider Wucherungen aus dem Nasenrachenraum ist zwar an sich eine unbedenkliche Operation, immerhin können wenig erfahrene Hände viel Unheil anrichten. Anfängern passiert es öfters, daß ihre Zange oder Cürette ein Stück der Nasenscheidewand zu Tage fördert, gewöhnlich ohne weitere schädliche Folgen. Ist man über die Lage der Wucherungen mangelhaft orientiert, so reißt man mitunter mit dem scharfen Löffel die hintere Rachenwand los, verletzt das Periost, oder bricht sogar in die Sphenoidalhöhle hinein. Man halte sein Instrument möglichst in der Mittellinie und vermeide jegliche blinde Gewalt.

Eine Otitis media kann auf den Eingriff folgen. Sie spricht nicht unbedingt für eine Verletzung der Eustachischen Röhre, sondern beruht oft auf exazerbierenden Katarrhen des Nasenrachenraumes. Daher operiere man nie bei frischen Entzündungen dieser Gegend, oder bei anderweitigen Temperatursteigerungen, welche ja Vorläufer von akuten Infektionskrankheiten sein können.

Zum Schluß berichtet Verf. über eine seltene Verletzung bei einem 7jährigen Knaben. Das Kind wurde von anderer Hand operiert, und hat einen schrägen Riß durch den ganzen weichen Gaumen bis zum Knochenrand davongetragen. Das Schlucken ist erschwert und Flüssigkeiten kommen zur Nase heraus. Dieser Umstand verleidet dem Jungen die Nahrungsaufnahme. Seit der Operation sind bereits 4 Monate verflossen, die Heilung geht aber sehr langsam vor sich und ist noch zur Zeit lange nicht vollendet. Der Junge fiebert, ist anämisch und heruntergekommen. Operative Schließung der Spalte ist in Aussicht gestellt.

Leo Jacobi (New York).

Wilbert (Bingen.) Über den Einfluß der Rachenmandelhyperplasie auf die körperliche und geistige Entwickelung der Kinder.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 6.)

W. hat 375 Volksschulkinder untersucht und legt die Resultate dieser Prüfungen in mehreren Tabellen nieder.

Von den 375 Knaben zeigten 231 (= 62 %) hyperplastische Rachenmandeln; krankhafte Erscheinungen wurden hervorgerufen bei 122 (= 33 %). Teilt man die pathologischen Erscheinungen in nervöse Erkrankungen und Hörstörungen, so litten an ersteren ca. 5 %, an letzteren 27 %. Es zeigten 63 Knaben doppelseitig, 40 einseitig Hörstörungen, woraus sich eine Zahl von 166 kranken Ohren ergibt.

Digitized by Google

Es litten 85 % der schlecht beanlagten und 77 % der schlecht lernenden Knaben an Rachenmandelhyperplasie. Von 65 schlecht lernenden Schülern hatten 20 noch anderweitige Störungen; bringt man diese in Abzug, so bleiben noch 45 Knaben, bei denen die Rachenmandelhyperplasie schädigend auf die geistige Entwicklung einwirkte, oder 17 % sämtlicher Kinder. Addiert man diese Zahl zu der die körperlichen Schädigungen betreffenden, so erhält man eine Summe von 167 Knaben. Es litten also 45 % der Schüler unter dem Einfluß der Rachenmandelhyperplasie.

Grätzer.

Brühl. Die Pflege des Gehörs in der Schule.

(Die Krankenpflege Heft 3, Dezember 1902.)

B. untersucht die Bedeutung des Gehörs für die geistige Entwicklung des Menschen, bespricht dann die häufigsten Ursachen, welche das normale Gehör bedrohen und zerstören (Mittelohrkatarrh, Behinderung der Nasenatmung adenoide Vegetationen, Mittelohreiterung, Verletzungen des Trommelfelles auch durch Züchtigung) und kommt zu folgenden praktischen Folgerungen bezüglich der Aufgabe der Schule gegenüber der Pflege des Gehörs: 1. Alle neu einzuschulenden Kinder sind in zweckmäßiger Weise einer Hörprüfung zu unterziehen. Diese ist womöglich bei jedem Klassenwechsel, jedenfalls bei allen schlechten Schülern zu wiederholen, ebenso nach dem Überstehen einer akuten Infektionskrankheit.

2. Die als schwerhörig erkannten Kinder müssen zur Feststellung der Ursachen und des Grades der Schwerhörigkeit dem Arzt überwiesen werden. Unheilbar Schwerhörige mit einem beiderseitigen Gehör für laute Sprache unter einem halben Meter, wenn sie schwerhörig geworden, — unter 2 m, wenn sie taub geboren sind, müssen als untauglich für den gewöhnlichen Schulunterricht ausgeschieden werden und einen gesonderten, ihrem Hör- und Begriffsvermögen angepaßten Einzelunterricht bekommen, unter Umständen in Taubstummenanstalten, in welchen auf die Hörreste Rücksicht genommen wird, entweder auf die Dauer oder wenigstens so lange, bis ihre Absehkunst und ihr Verständnis so weit entwickelt sind, daß sie dem gewöhnlichen Klassenunterricht folgen können. Gut beanlagte Kinder mit einem bessern Gehör bis 4 m können versuchsweise eingeschult werden; sie und die leichtgradig schwerhörigen (4—8 m) müssen die dem Lehrer am nächsten gelegenen Plätze erhalten.

3. Es muß darauf gehalten werden, daß alle Schwerhörigen bis zur Heilung in ohrenärztlicher Behandlung bleiben, wenn nicht der Arzt die bestehende Schwerhörigkeit als unheilbar erklärt hat, so daß mit ihr dauernd gerechnet werden muß. Kinder mit übelriechendem Ausfluß aus dem Ohre müssen der Schule bis zur Besserung oder Heilung ihres Leidens fern bleiben.

P. Maas (Aachen).

Digitized by Google

Victor Hammerschlag (Wien). Ein neues Einteilungsprinzip für die verschiedenen Formen der Taubstummheit.

(Archiv für Ohrenheilkunde Bd. 56, 3 u. 4.)

Die übliche Einteilung der Taubstummheit in „angeborene“ und „erworbene“ hat mehrere Mängel: Ihr entspricht erstens keine pathologisch-anatomische Verschiedenheit der durch diese Einteilung gesonderten Krankheitsformen; zweitens ist es oft in der Praxis nicht möglich, auch nur klinisch und anamnestisch sicher festzustellen, ob die angeborene oder erworbene Form vorliegt; drittens endlich gibt es Erscheinungsformen der Taubstummheit, welche sich in keine der beiden Unterabteilungen einreihen lassen, nämlich die sogenannte endemische Taubstummheit, die als Ausfluß cretinoider Degeneration aufzufassen ist. Diese kann nämlich gleichzeitig hereditär bedingt und auch fötal oder postfötal erworben sein.

Der Verf. schlägt deswegen vor, die Taubstummheit in folgende zwei Hauptgruppen einzuteilen:

1. Die durch lokale Erkrankungen des Gehörorgans bedingte,
2. die konstitutionelle Taubstummheit.

Erstere ist der Ausdruck einer auf das Gehörorgan beschränkten Erkrankung bei einem sonst gesunden Individuum. Sie ist immer „erworben“, entweder im fötalen oder — häufiger — im postfötalen Leben. Die konstitutionelle Taubstummheit hingegen ist aufzufassen als der Ausdruck einer allgemeinen konstitutionellen Anomalie des betroffenen Individuums; die der Taubstummheit zu Grunde liegenden pathologischen Veränderungen sind nur ein Ausdruck der allgemeinen Erkrankung. Die konstitutionelle Taubstummheit kann erworben oder kongenital in der Keimesanlage bedingt sein. Sie ist wieder einzuteilen in

a) die endemische
b) die sporadische Form.

Krebs (Hildesheim).

J. Habermann. Zur Entstehung der Taubstummheit infolge von Mittelohrerkrankung.

(Archiv für Ohrenheilkunde Bd. 57, 1 u. 2.)

Nach den bisherigen Untersuchungsergebnissen an den Gehörorganen Taubstummer herrscht die Ansicht, daß entzündliche Prozesse im Mittelohr zur Taubstummheit nur dann führen können, wenn auch das innere Ohr mehr oder weniger an der Erkrankung teilgenommen hat. Dementgegen hat H. bereits früher mehrere Fälle mitgeteilt, in welchen bei krankhaftem Verschluß der beiden Paukenfenster ohne Beteiligung des inneren Ohres, des Hörnerves oder des Gehirns Taubstummheit eingetreten war. In vorliegender Arbeit beschreibt H. ausführlich einen neuen Fall, in welchem bei eingehender anatomischer Untersuchung der beiden Ohren eines Taubstummen nur eine Feststellung des Steigbügels und ein Verschluß der runden Fensternische gefunden wurde.

Was die Behandlung solcher Fälle anbelangt, so wiederholt H.

Digitized by Google

die Mahnung der anderen Autoren, alle Mittelohreiterungen frühzeitig und sorgfältig zu behandeln. Auch die Heilbarkeit der Taubstummheit selbst, nach Ablauf der Mittelohrentzündung, ist nicht ganz ausgeschlossen; und zwar dürften Eingriffe am ovalen Fenster gelegentlichen Erfolg bringen.

Krebs (Hildesheim).

Liebmann. Die Sprachstörungen geistig zurückgebliebener Kinder.

(Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie Bd. 4 Heft 3.)

Der durch mehrere Arbeiten über Sprachstörungen rühmlichst bekannte Verf. hat durch vorliegende Arbeit eine wesentliche Lücke in der medizinischen Literatur ausgefüllt. L. verlangt zunächst eine genauere Präzision der Diagnose „geistig zurückgeblieben“. Durch eine genaue Untersuchung sämtlicher zentralen Fähigkeiten (Hören, Riechen, Schmecken, Sehen, Tast-, Druck-, Temperatursinn, Schmerzgefühl, Geschicklichkeit der Körper- und Handmuskulatur, spontane Sprache, Fähigkeit des Nachsprechens) findet man ganz bestimmte Defekte heraus, die je nach der Art und dem Grade des Falles verschieden sind. Unter diesen Defekten nehmen die Sprachstörungen eine hervorragende Stellung ein. Die Sprachstörungen sind entweder sekundärer Natur, beruhend auf der geistigen Inferiorität des Pat., oder sie sind das primäre Element. Durch organische Abnormitäten oder funktionelle Mängel wird die Sprache unverständlich, die Pat. werden von der Umgebung isoliert und bleiben so in ihrer geistigen Entwicklung zurück. Die sekundären Sprachstörungen sind 1. Stummheit, 2. Stammeln, 3. Stottern und Poltern. Von den sekundären Sprachstörungen werden das Stammeln (organisches und funktionelles) und die durch Schwerhörigkeit bedingten Sprachstörungen eingehend behandelt. Die Arbeit ist besonders wertvoll durch die ausführlichen Krankengeschichten, in denen die Pathologie und Therapie eingehend besprochen werden.

P. Maas (Aachen).

Gutzmann. Die Sprachentwicklung des Kindes und ihre Hemmungen.

(Die Kinderfehler, Zeitschr. f. Kinderforschung 1902 Heft 5 und 6.)

Wir unterscheiden vier Perioden der Sprachentwicklung. Die erste ist die Schreiperiode, die zweite die rein reflektorische Lallperiode, in der dritten Periode werden Laute nachgeahmt, die vierte Periode kennzeichnet sich dadurch, daß das Kind nicht nur Worte, welche wir sprechen, hört und versteht, sie nicht nur nachzuahmen im stande ist, sondern sie auch selbständig verwendet. Schreien und Lallen sind als rein reflektorisch anzusehen, die beiden folgenden Perioden sind dagegen nicht mehr reflektorisch, jedoch kann auch die willkürliche Bewegung ganz ohne zentripetalen Reiz nicht zu stande kommen. Alle Hemmungen der Sprache lassen sich teils auf Ausfalls-

Digitized by Google

erscheinungen, teils auf übermäßige Steigerung der Reize zurückführen. Die Hemmungen beziehen sich

1. auf die peripher impressiven Sprachwege (Sprachstörungen infolge Beeinträchtigung des Gehör- und Gesichtssinnes);

2. auf die zentralen Sprachwege (Sprachstörungen bei Idiotie, Kretinismus, psychopathische Minderwertigkeiten, sensorische Stummheit, Hörstummheit, Stottern und funktionelles Stammeln);

3. auf die peripher expressiven Wege (Stammeln infolge Fehler der Artikulationswerkzeuge).

Bezüglich der Hörstummheit hätte Ref. eine präzisere Charakterisierung gewünscht. Nach den genauen Untersuchungen Liebmanns wissen wir, daß die Hörstummheit auf Defekte der Aufmerksamkeiten und der Gedächtnisse zurückzuführen ist. Dem gegenüber spielen die psychischen Hemmungen (Unlustgefühl, weil das Nachsprechen nicht die Vollendung des Vorbildes erreicht) und die adenoiden Vegetationen bei der Entstehung der Hörstummheit doch nur eine geringe Rolle.

P. Maas (Aachen).

Wegener. Ein Beitrag zur Frage nach den Ursachen der Minderbegabung von Schulkindern.

(Zeitschr. für Schulgesundheitspflege 1902 No. 11.)

Die Nachhilfeklasse der Stadtschule zu Wasungen wird von 25 Knaben und 10 Mädchen besucht. Der hohe Prozentsatz (im ganzen 587 Schüler) erklärt sich aus den ungünstigen sozialen Verhältnissen der dortigen Bevölkerung. Von den 25 Knaben zeigen 15 eine mangelhafte körperliche Entwicklung, Anzeichen schwerer überstandener oder noch bestehender Rhachitis und Skrophulose. Dieselben waren in der Länge- wie Gewichtszunahme um 3—4 Jahre zurückgeblieben, der Schädel zeigte sich auffallend groß mit überwiegender Form des Vierecks, die Zähne gezackt, die Knorpelansätze der Rippen stark verdickt, das Brustbein nach vorn getrieben, die Thoraxhälften ungleich. Wirbelsäule verbogen. Daneben bestanden Drüsenanschwellungen, blasse Gesichtsfarbe u. s. w. Bei 3 Knaben war die Minderbegabung entschieden durch ein Trauma erworben; sie hatten an der Stirn, am Wirbel und Hinterhaupt auffallende, 5—7 cm lange Narben, teilweise mit darunter fühlbarer Knochenverdickung, welche in 2 Fällen von einem Sturz in die Scheune, im dritten von einem Steinwurf und Sensenhieb herrührten. Weitere 2 Knaben stammten von ausgesprochenen Potatoren: 1 Knabe war jahrelang augenleidend. Adenoide Vegetationen ließen sich bei 4 Knaben nachweisen.

P. Maas (Aachen).

Renkauf. Abnorme Kinder und ihre Pflege.

(Pädagogisches Magazin Heft 29, 2. Auflage.)

Der Verf. bespricht zunächst die Erscheinungen nervöser und seelischer Abnormität. Wir finden Schwäche der Gehörorgane verbunden mit Sprachstörungen, hochgradige Kurzsichtigkeit, Neigung zu Epilepsie, Schwachsinn in seiner ausgeprägtesten Form als Idiotie

Digitized by Google

oder Blödsinn. Der somatische Druck wirkt nun auch auf das Vorstellungsleben. Bei dem einen Kind ist der Vorstellungsablauf außerordentlich langsam, es vermag nur mit Mühe die äußern Eindrücke aufzunehmen, das Wahrgenommene haftet nur schwach im Gedächtnis und bei seiner Wiedergabe stellen sich allerlei Gedächtnisfehler heraus. Andere Kinder fassen schnell auf, aber der Ablauf der Vorstellungen ist zu rasch, neue Vorstellungen verdrängen die alten. Die Konzentration der Aufmerksamkeit gelingt nur für kurze Zeit, infolgedessen fehlt den Vorstellungen die feste Einprägung im Bewußtsein. Noch verhängnisvoller sind die Verbildungen im Gemüts- und Willensleben. Es fehlt der Sinn für Wahrheitsliebe, Schicklichkeitsgefühl, Schönheitsgefühl und religiöser Sinn. Die Gründe dieser Erscheinungen sind zu suchen in ererbter Disposition, Schäden des Familienlebens, mangelhafter Erziehung, Überanstrengung in der Schule. Abhilfe ist nur möglich durch Unterbringung derartig geistig abnormer und deshalb schwer erziehbarer Kinder in geeigneten Anstalten, denen pädagogisch und psychiatrisch gebildete Leiter vorstehen. Notwendig ist es, daß Ärzte und Lehrer sich dem Studium der abnormen Kindesseele mehr widmen, um rechtzeitig derartige Abnormitäten zu erkennen und dadurch größeres Unheil zu verhüten. P. Maas (Aachen).

H. Pfister. Die Erziehung und Behandlung seelisch Belasteter in Haus und Schule.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 7 und 8.)

Verf. weist in übersichtlicher und klarer Weise auf alle die Schädlichkeiten hin, denen die nervenschwachen Kinder zu Hause und in der Schule ausgesetzt zu sein pflegen, und zeigt, wie die gefährdete Jugend vor diesen Nervenfeinden am besten zu bewahren ist, wie aus diesen Kindern bei rationeller Pflege und Behandlung doch noch möglichst nervengesunde und leistungsfähige Menschen heranzuziehen sind. Die sehr beherzigenswerten Details lese man im Original nach.

Grätzer.

E. Deutsch (Budapest). Über Masturbation.

(Magyar Orvosok Lapja 1903 No. 4, 5, 6, 7.)

Verf. bespricht die Geschichte, Ethnographie, Verteilung nach Geschlecht und Alter, die verschiedenen Arten der Onanie (Einteilung nach Meraglia) schildert den Suctus voluptabilis (Lindner), bekennt sich als Anhänger der gemäßigten deutschen Richtung und verwirft die französische mit ihren Übertreibungen. Bei Besprechung der Ätiologie hebt er die Wichtigkeit der richtigen Erziehung in Haus und Schule hervor. Der deutsche Standpunkt wird auch bei Schilderung der Folgen der Masturbation beibehalten. Die durch D. in zwei Budapester Waisenhäusern beobachteten Fälle waren meistens unaufmerksame, schlechte Schüler, mit mehr oder weniger ausgeprägtem Bilde der Neurasthenia sexualis. Die operative, elektrische und

Digitized by Google

medikamentöse Therapie ist in den meisten Fällen überflüssig, gewöhnlich genügt der erzieherische Einfluß der Eltern und Lehrer und zur rechten Zeit ein energisches Wort von seiten des Arztes.

Autoreferat.

Placzek (Berlin). Zur forensischen Beurteilung frühzeitiger Onanie.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1902 No. 22.)

Die spärliche Kasuistik frühzeitiger Onanie bei Knaben bereichert P. um einen Fall, welcher dadurch besonders bemerkenswert ist, daß das Leiden schon mit 7 Monaten begann, und unzweifelhafte Erektionen manuell hervorgerufen wurden.

„Das Kind war von den ersten Lebensmonaten an selten rege, lernte schon mit $^{3}/_{4}$ Jahren sprechen. Als das Kind ungefähr 7 Monate alt war, begann es in auffallender Weise an seinem Geschlechtsteile zu spielen, daß es ganz schattig um seine Augen aussah. Es keuchte dabei, daß man es im Nebenzimmer hören konnte, und hatte oft unmittelbar darauf Kopffliegen (eine Art horizontalen Kopfschüttelns). Sein Geschlechtsteil trat ganz heraus, wie beim erwachsenen Menschen, suchte hin und her, machte auch stoßende Bewegungen. Das Kind tippte auch mit dem Finger darauf. Als es sprechen gelernt hatte, sagte es oft zur Mutter: ‚Sieh mal meine Mimi' (den Ausdruck dürfte es wohl von den Dienstmädchen aufgeschnappt haben, die ja den Vorfall oft genau mit ansahen). Das Onanieren hörte auf, als der Knabe geschlossene Höschen bekam, ein neues Dienstmädchen scharf auf ihn aufpaßte und ihn, sobald sie ihn ertappte, gehörig züchtigte. Seit 2 Jahen tut er es nicht mehr. Er ist jetzt mit 3 Jahren ein kluger Junge, der sehr gefühlvoll und anhänglich ist". Dies die Schilderung des Vaters. Das hereditär nicht belastete Kind war und blieb geistig und körperlich gesund.

Obwohl jetzt 2 Jahre seit der onanistischen Periode verstrichen sind, machen sich also keinerlei unheilvolle Folgen der Onanie bemerkbar: Das ist ein sehr auffallendes Moment.

Forensisch wichtig ist, daß hier die Schuld eines Dritten mit einer an Gewißheit grenzenden Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist. Das Kind war ja in der Obhut eines Dienstmädchens, weshalb es möglich erscheint, daß von letzterem an den Genitalien des Kindes manipuliert worden war. Undenkbar bliebe es aber, auch bei dieser Annahme, heute noch, daß hieraus bei einem 7 monatlichen Kinde ein zielbewußtes, fortdauerndes Onanieren sich entwickeln könnte, welches lange Zeit jeder Therapie, auch der strengsten, spottet. Da auch alle sonstigen körperlichen Reizmöglichkeiten auszuschließen waren (Ekzem, Pruritus, Intertrigo, Phimose, Parasiten), ist die Annahme wahrscheinlicher, daß hier eine selten frühzeitige, instinktive Betätigung eines Naturtriebes vorliegt.

Grätzer.

A. Jacobi. Causes of Epilepsy in the Young.

(American Medicine, 13. Dezember 1902.)

Sehr viele epileptische Anfälle bei kleinen Kindern entgehen der Beobachtung und der richtigen Deutung. Oft sterben solche Säuglinge ohne Behandlung; bei anderen wird von Eklampsie, Urämie, u. dgl. geredet. Trotz dieser diagnostischen Schwierigkeiten hat Verf.

Digitized by Google

im Laufe seiner langjährigen Tätigkeit viele Hunderte von epileptischen Kindern gesehen.

Die Anlage zur Epilepsie kann angeboren sein; oder aber sie ist während des intra- sowohl als extrauterinen Lebens erworben. Unter allen Nervenleiden zeigt die Fallsucht am häufigsten eine direkte Heridität. Alkoholismus, Lues, Tuberkulose und eine Schar anderweitiger Infektionen oder Intoxikationen der Eltern mögen zur Epilepsie der Kinder führen. Blutsverwandtschaft der sonst gesunden Eltern ist dagegen kaum als Ursache anzusehen.

Da Epilepsie von der Gehirnrinde ausgelöst wird, so müssen wir daselbst die unmittelbare Veranlassung suchen. Mittelbar wird Epilepsie durch andauernde Zirkulationsstörungen oder auf reflektorischem Wege provoziert.

Intrauterine Einflüsse spielen eine bedeutende Rolle als ätiologische Momente bei Epilepsie. Namentlich die Syphilis ist hier, wie bei so zahlreichen Nervenleiden, eine ausgiebige Ursache. Wenn Kinder von 5—7 Jahren auf einmal epileptisch erkranken, so ist auf Syphilis zu fahnden. Solche Kinder sind häufig zart, schwächlich und unentwickelt. Anderweitige intrauterine Einflüsse sind Gehirnhypertrophie, vorzeitige Verknöcherung des Schädels, und Meningocele spuria. Es kann die hypertrophische weiße Gehirnsubstanz die graue Rinde komprimieren und die epileptischen Krämpfe auslösen. Eine ähnliche Kompression kann aber auch durch vorzeitige Verknöcherung der Nähte und Fontanellen bei ganz normalem Gehirn zu stande kommen: die große Fontanelle verkleinert sich in diesen Fällen rasch, und kann bereits im dritten Monat obliteriert sein, während sie normalerweise bis zum achten Monat an Größe zunimmt und sich erst gegen den 15. Monat schließt. Solche Kinder zeigen auch sonst eine beschleunigte Entwicklung: Sie gebrauchen ihre Glieder frühzeitig; sie bekommen die ersten Zähne früh und rasch nacheinander, wobei nicht die unteren, sondern die oberen Schneidezähne zuerst erscheinen. So schreitet die Entwicklung fort, bis der stetig wachsende Hirndruck in ihren Gang eingreift. Dann tritt eben häufig die Epilepsie zu Tage. Vielleicht wäre hier eine Kraniotomie oder Kraniektomie am Platze, um dem wachsenden Gehirn Raum zu schaffen. Unter Meningocele spuria versteht man eine Spalte im Schädelknochen und Dura mater ohne Verletzung der bedeckenden Haut und Galea. Der Zustand verdankt seine Entstehung meist einer Zangengeburt oder einem sonstigen Trauma; auch Karies und Syphilis können die Ursachen davon sein.

Soviel über intra-uterine ätiologische Momente. Ein anderweitiger höchst wichtiger ursächlicher Faktor ist die Asphyxia neonatorum, welche zu hochgradiger Gehirnhyperämie, Extravasation und Thrombose führen kann. Bleibt das Kind am Leben, so kommt es oft zu Meningitis oder Lähmungen oder Idiotie und Epilepsie. Letztere sind häufig vergesellschaftet: ein Drittel aller Idioten sind zugleich epileptisch. Beide Affektionen konnte Verf. in Hunderten von Fällen direkt auf Asphyxie bei der Geburt beziehen. Daher soll der Arzt bemüht sein, das scheintote Kind schleunigst zum Atmen zu bringen. Jeder versäumte Augenblick bringt neue Gefahren mit sich.

Digitized by Google

Ähnliche Verhältnisse finden sich bei Gehirnblutungen nicht asphyktischer Neugeborener. Solche Blutungen kommen sehr oft vor, und die meisten Kinder, welche im Laufe der ersten Woche sterben, gehen eben daran zu Grunde.

Eine weitere Gefahr liegt in der Häufigkeit der kindlichen Eklampsie. Kein eklamptischer Anfall soll sich selbst überlassen werden. Stets koupiere man die Krämpfe mittels Chloroform-inhalation. Konvulsionen begleiten eine ganze Schar von Kinderkrankheiten: Pneumonie, Enteritis, Nephritis, akute Infektionen u. s. w. Dagegen wird die Zahnung mit Unrecht als eine unversiegbare Quelle von Krämpfen angesehen; ihr Einfluß ist sicher ein sehr geringer. Die allermeisten „Zahnkrämpfe" beruhen auf einer gleichzeitig bestehenden Rachitis oder Nephritis.

Ebenso übertrieben ist die angebliche Rolle der Phimose in der Ätiologie zahlreicher Nervenkrankheiten. Man hat Epilepsien, Katalepsien, Lähmungen, Idiotie und vieles andere auf Phimose beziehen wollen. Verf. hat nie eine derartige Entstehung beobachtet; auch keinen einzigen Fall von Epilepsie, Lähmung oder Idiotie gesehen, welcher durch Beschneidung geheilt wurde. Es werden allzu häufig unschuldige Vorhäute geopfert.

Endlich hat man die Onanie für Epilepsie verantwortlich gemacht. Bei Säuglingen und kleinen Kindern ist dies kaum je der Fall, wohl aber bei älteren Kindern, namentlich gegen die Pubertätszeit. Wo Epilepsie mit Masturbation einhergeht, beruhen möglicherweise beide Zustände auf der nämlichen zentralen Erkrankung und sind beide wahrscheinlich unheilbar. Solche Fälle operativ zu behandeln durch Klitoridektomie und Kastration, wie bereits geschehen, heißt ein Verbrechen an unschuldigen Kindern begehen.

Leo Jacobi (New York).

M. Bra. Du parasite trouvé dans le sang des épileptiques. Son agglutination par le sérum des animaux infectés et par le sérum des épileptiques.

(Revue neurol. 1903 No. 1.)

Verf. spritzte Kaninchen wiederholt und zwar ein Vierteljahr lang Bouillonkulturen des die Epilepsie angeblich erzeugenden Mikroorganismus unter die Haut. Fügte er das Serum dieser Tiere zu den Kulturen, welche zur Infizierung gebraucht worden waren, hinzu, so erfolgte deutliche Agglutination des Mikroorganismus.

Nicht minder deutlich zeigte sich das Agglutinationsvermögen des Serums, welches Verf. Epileptikern entnahm, bezüglich des aus dem Epileptikerblute isolierten Kokkus. Kurt Mendel (Berlin).

M. Bra. Du parasite trouvé dans le sang des épileptiques.

(Revue neurol. 1902 No. 10.)

Um den vom Verf. gefundenen Parasiten im Blut der Epileptiker zu erhalten, muß letzteres entweder in der Zeit vor einem Anfall oder

Digitized by Google

während des Anfalles selbst untersucht werden. Das Blut wird durch Venaesektion gewonnen. Man sieht alsdann im Plasma kleine Mikroorganismen, welche entweder isoliert oder zu Diplokokken vereint sind, lebhafte Bewegung zeigen, außerdem wurmartige Körperchen aus 4, 6, 8 oder mehr Körnchen bestehend, mit schlangenartigen Wellenbewegungen. Im Blut von Gesunden fand Verf. nie derartige Gebilde. In Bouillonkultur zeigt sich nach 24 Stunden Opaleszenz der Kultur sowie Kokken von 0,6 bis 1 μ isoliert oder zu zweien, und Ketten mit 4, 6 oder 8 Körnern. Diese Kulturen, Kaninchen eingespritzt, erzeugen Krämpfe.

Verf. schlägt für den Parasit den Namen Neurokokkus vor und hält ihn für den Erzeuger der Epilepsie, deren infektiöse Natur durch die Experimente des Verf.s bewiesen sein würde.

Kurt Mendel (Berlin).

Stadelmann. Aphasie und Agraphie nach epileptischen Anfällen.

(Psych.-neurol. Wochenschrift 1902 Jahrg. IV No. 14.)

Verf. berichtet über einen 18jährigen Epileptiker, bei welchem sich nach den Anfällen schwere nervöse Erschöpfungszustände mit Aphasie, Agraphie, Worttaubheit und Echolalie zeigten.

In einem zweiten Falle (10jähriges Mädchen) stellte sich im Anschluß an epileptische Krämpfe amnestische partielle Agraphie ein, dieselbe war noch nach einem Jahre nachweisbar.

Kurt Mendel (Berlin).

Lichtwitz jun. (Ohlau). Über einen Fall von angeborenem Diabetes insipidus, kombiniert mit nach Insolation hinzugetretener Epilepsie.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 45.)

Pat., aus gesunder Familie stammend, brachte einen ungeheueren Durst mit auf die Welt und schied immer enorme Mengen Urin aus. Diese Erscheinungen blieben bei dem schwächlichen Knaben, der sehr schlecht in der Schule fortkam und auffallend geringe Intelligenz zeigte, weiter bestehen, auch später, als Pat. als Packer tätig war. Als solcher zog er sich an einem sehr heißen Tage einen Sonnenstich zu, der zerebrale Symptome (Kopfschmerzen, Erbrechen u. s. w.) hervorrief. 14 Tage später erster epileptischer Anfall, dem weitere in unregelmäßigen Intervallen folgten.

Aus der Harnruhr, dem geringen Grade der Intelligenz und Anomalien des Schädels (Fehlen der Hinterhauptswölbung) kann man auf eine angeborene Gehirnanomalie schließen. Wenn nun wohl auch das Auftreten der Epilepsie im 23. Lebensjahre etwas Auffallendes nicht hat, so wirkte doch sicher die Insolation ätiologisch mit; durch sie wurde die zentrale epileptische Veränderung gesetzt, welche gelegentlich durch nicht näher zu kontrollierende Ursachen als Anfall in die Erscheinung trat.

Grätzer.

Digitized by Google

Parker and Nicol. Case of multiple hypertrophy of the sebaceous glands of the face in a congenital epileptic.

(The Glasgow medical journal, October 1902. S. 301.)

Die 16jährige Patientin erkrankte im Alter von 3 Jahren mit Krämpfen, die einen halben Tag andauerten, denselben folgten rechtsseitige Sehstörungen und Krämpfe, die sich sehr häufig wiederholten. Sie entwickelte sich geistig nur sehr mangelhaft. Im Alter von 6 Jahren bekam sie einen Ausschlag im Gesicht, derselbe bestand in zahlreichen, sagokorngroßen Knötchen, die besonders Nase, Wangen und Kinn bedeckten. Es wird dann eine ausführliche, mikroskopische Beschreibung dieser multiplen hypotrophischen Talgdrüsen gegeben. Ein ähnlicher Fall ist von Bock (in Virchows Archiv 1880) beschrieben.

Schreiber (Göttingen).

Pándy. Die Erfolge der Epilepsiebehandlung nach Toulouse-Richet.

(Psychiatr.-neurol. Wochenschrift 1902 No. 37.)

Verf. spricht sich mit aller Entschiedenheit gegen die Toulouse-Richetsche Epilepsiebehandlung (kleine Bromdosen bei kochsalzarmer Diät) aus. Wenn auch die Bromdosis kleiner sei, so sei ihre Wirkung doch vielfach größer bei der oligochlorösen Therapie, und für den Organismus sei nur das Wirkungsquantum und nicht das Gewichtsquantum von Belang. Die Möglichkeit der Bromvergiftung ist bei oligochloröser Diät eine sehr bedeutende, die Behandlung der Epilepsie nach Toulouse-Richet demnach ein „gefährliches zweckverfehltes und unnötiges Unternehmen“.

Die von den Autoren (Toulouse, Richet, Bálint, Garbini, Meunier, Schäfer) berichteten guten Erfolge mit der Toulouse-Richetschen Behandlung müssen nach Verf. „im Wege der Suggestion erklärt werden, deren Wirkung mehr oder weniger nicht nur die Kranken, sondern auch die sie behandelnden Ärzte betrifft“.

Kurt Mendel (Berlin).

M. Lion (Tomàscheff-Kòlok). Weiteres über die Cerebrintherapie der Epilepsie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 50.)

A. Eulenburg (Berlin). Cerebrin bei Epileptikern.

(Ibidem.)

L. hat schon vor ca. 1 Jahr über seine Erfolge mit Cerebrinum-Poehl berichtet. Er gab dieses in Form von Tabletten bis 2 g pro die oder in subkutanen Injektionen 1—2 Ampullen pro dosi, 2—7 Ampullen wöchentlich. Jetzt erhält er noch raschere Resultate bei folgender Methode, die er dringend empfiehlt: Er steigt schnell (in einer Frist von 2—3 Wochen) bis 1,8 pro dosi (gewöhnlich 6 Tabletten à 0,3), die er 1 mal am Tage, am besten morgens nüchtern, gibt und jeden 3. Tag wiederholt. Wenn diese Gabe ungenügend

Digitized by Google

ist, d. h. wenn die Anfälle, obwohl sie seltener und schwächer werden, fortdauern, fängt er an, nach 2—3 Wochen dieselbe Dosis jeden 2. Tag und endlich jeden Tag zu geben. Subkutan macht er jeden 3. oder 2. Tag 2 Einspritzungen auf einmal. In Fällen, wo neurasthenische Symptome in den Vordergrund treten, gibt L. zugleich mit dem Cerebrin das Sperminum-Poehl innerlich (Essent. spermin. 2—3 mal täglich 20—30 Tropfen) oder in schweren Fällen subkutan, 2—3 Ampullen Spermin. pro inject. wöchentlich. Diese Therapie hat sich außerordentlich bewährt. L. führt Fälle an, wo die Anfälle seit der Therapie überhaupt nicht wieder kamen oder fast ganz verschwanden. Die Behandelten waren meist Erwachsene, aber auch Kinder.

Mädchen, 12 Jahre alt, epileptisch ca. 5 Jahre. Schwere konvulsivische Anfälle, fast jeden Monat, obwohl Pat. jahrelang Brom einnimmt, täglich 3—4 g. Ohne Brom wiederholen sich die Anfälle 3—4 mal jede Woche. Öfters „Übelkeit" mit leichter Umnebelung des Bewußtseins (partielles petit mal). Bedeutende geistige Schwäche. Seit 20. November 1901 Cerebrinum-Poehl in Tabletten bis 1,5 pro die. Anfangs auch kleine Bromdosen (2—1 g pro die). Außerdem 30 Cerebrineinspritzungen. Bis 15. Oktober 1902 (11 Monate) nur drei leichte konvulsivische Anfälle und ein sehr leichter von petit mal mit partiell erhaltenem Bewußtsein.

In anderen Fällen trat bedeutende Minderung der Anfälle an Zahl und Intensität ein, in einer 4. Gruppe scheinbare Vermehrung der Zahl, wobei sich aber die Qualität der Anfälle änderte, starke verwandelten sich in leichte, um dann ganz zu verschwinden, es traten mehr in den Vordergrund petit mal, kaum merkliche Schwindelanfälle. Beispiel:

11jähriger Knabe aus der Volksschule, epileptisch seit seinem sechsten Lebensjahre. Jeden Monat wiederholen sich drei und mehr konvulsivische Anfälle, jede Woche einige Male petit mal. Ohne Brom häufen sich die Anfälle noch bedeutend mehr. Schwaches Gedächtnis, öfters Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Apathie, Reizbarkeit. Seit 22. Januar 1902 Cerebrinum-Poehl, Tabletten bis 1,5 pro die und 60 Einspritzungen. Brom nur im Anfange. Bis 15. Oktober (neun Monate): Erster Monat: Drei mäßige konvulsivische Anfälle und zwei von petit mal. Zweiter Monat: ein konvulsivischer Anfall, einer von petit mal. Dritter Monat: vier leichte Anfälle, fast ohne Konvulsionen, zwei leichte von petit mal. Vierter Monat: ein leichter Anfall fast ohne Konvulsionen, ein leichter von petit mal und sechs partielle von petit mal. Fünfter Monat: ein leichter und fünf kaum merkliche Anfälle ohne Konvulsionen, vier leichte von petit mal, ein partieller von petit mal. Im weiteren werden die partiellen Anfälle von petit mal immer öfter, konvulsivische Anfälle verschwinden ganz. Endlich treten in den Vordergrund (letzte 2 Monate) sehr häufige Schwindelanfälle bei vollem Bewußtsein. Schwindelspur? Bedeutende Besserung des Gedächtnisses und Hebung des Allgemeinbefindens.

Auch E. hat eine Anzahl von Pat. (nur Erwachsene? Ref.) mit Cerebrin behandelt, meist schwere veraltete Fälle, bei denen Brombehandlung auf die Dauer versagte oder nicht toleriert wurde. Cerebrin wurde intern (4—6 Tabletten täglich) oder subkutan (jeden 2. Tag 1—2 ccm) angewandt. Wenn E. auch nicht so hervorragende Wirkung sah, wie Lion, so hatte doch auch er den Eindruck, daß dem Cerebrin eine gewisse Bedeutung zukommt und das Verfahren beachtenswert ist.

Grätzer.

Digitized by Google

Hermann Fischer (Berlin). Die chirurgischen Ereignisse in den Anfällen der genuinen Epilepsie.

(Archiv für Psychiatrie Bd. 36 Heft 2.)

Verf. gibt einen Gesamtüberblick über die chirurgischen Ereignisse in epileptischen Anfällen, ihre Zahl, ihre Art und den Vorgang bei ihrer Entstehung. Seine eigenen Untersuchungen, die er in der Anstalt zu Wuhlgarten anstellte, erstrecken sich auf 575 Männer, 377 Frauen und 78 Kinder. An diesen 1030 Epileptischen wurden im ganzen 1697 einmalige Verletzungen, von welchen 440 als schwere zu bezeichnen waren, festgestellt. Die Zahl der chirurgischen Ereignisse in epileptischen Anfällen demnach eine sehr große. Je schwerer und zahlreicher die Anfälle, um so gefährlicher und häufiger treten in ihnen die chirurgischen Ereignisse ein. Diejenigen Patienten, welche von keiner Aura gewarnt werden, sind am schwersten betroffen. Das erste Stadium des epileptischen Anfalls (Niedersturz im Tonus bei umnachtetem Bewußtsein) birgt die meisten und schwersten Gefahren in sich, doch steht auch in den übrigen Stadien viel zu befürchten.

37,3 % der Epileptiker in Wuhlgarten blieben von Verletzungen in Anfällen frei, wenn man vom Zungenbiß absieht.

Des weiteren bespricht Verf. die einzelnen Verletzungen in epileptischen Anfällen und zwar die Verletzungen der Weichteile, der Knochen und der Gelenke sowie die Erstickung der Epileptischen im Anfalle und die Entstehung von Hernien in demselben. Bezüglich des letzteren Punktes erwähnt Verf. einen Fall, welcher im Anfall an inkarzerierter Hernie zu Grunde ging; Epileptiker mit Bruchanlage sollen demnach stets Bruchbänder tragen. Erwähnenswert aus diesem Kapitel ist ferner die Ansicht des Verf.s, daß es bei jugendlichen und älteren Epileptikern eine auf lokalen oder allgemeinen Ernährungsstörungen beruhende, durch die Epilepsie selbst herbeigeführte oder aus früherem Bestande durch das Nervenleiden bewahrte und vermehrte Knochenbrüchigkeit gibt, derzufolge relativ geringe Traumen ausreichen, um wiederholte Brüche an großen Extremitätenknochen zu erzeugen.

Am Schlusse seiner fleißigen Arbeit geht F. auf die Frage ein, wie ein Asyl für Epileptische gebaut und eingerichtet werden soll, und macht diesbezügliche Vorschläge, durch deren Befolgung die Möglichkeit des Eintritts schwerer Verletzungen im Anfalle auf ein Minimum beschränkt werden soll. Ref. möchte diesen Vorschlägen noch denjenigen hinzufügen, daß in den Betten nicht weiche, sondern harte Kopfkissen verwandt werden, da es — wie Ref. selbst erfahren hat — vorkommen kann, daß ein Epileptiker, sich im Anfall in die weichen Kissen seines Bettes mit dem Gesichte hineinbohrend, erstickt.

Kurt Mendel (Berlin).

W. v. Bechterew. Über operative Eingriffe bei Epilepsia choreica.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. 21 Heft 3 u. 4.)

In den Fällen von Epilepsia choreica handelt es sich nach B. um eine Erkrankung, deren pathologisch-anatomische Grundlage der

Digitized by Google

Chorea und der Epilepsie gemeinschaftlich ist. Man müsse annehmen, daß bei diesem Leiden stabile Gewebsveränderungen des Gehirns und der Meningen vorliegen. Unter dieser Voraussetzung ließ B. bei einem an Epilepsia choreica leidenden Patienten, bei dem alle Mittel fehlgeschlagen hatten, den Schädel im Gebiete der rechten Zentralwindungen eröffnen, die Dura entfernen und ein großes Fenster im Schädel bilden, ferner im Gebiete der Centralgyri kleinere Rindenbezirke fortnehmen, um so die Erregbarkeit der Zentren herabzusetzen, ohne dauernde Gliedmaßenlähmung zu erzeugen. Während der Operation stellten sich bei Reizung der motorischen Rindencentra in gesteigertem Grade jene choreaähnlichen Bewegungen ein, die bei dem Kranken vor einem epileptischen Anfalle aufzutreten pflegten.

Sehr guter Erfolg: Völliges Aufhören der Krämpfe in der linken Körperhälfte, Abschwächung derselben auf der rechten Körperseite.

Darauf die gleiche Operation im Gebiete der linken Zentralwindungen, dieselbe hatte ein völliges Schwinden der Anfälle auf der rechten Seite zur Folge, so daß Pat. ganz anfallsfrei war.

Am 4. Tag nach der Operation Erysipel, am 8. Tage Exitus!

Kurt Mendel (Berlin).

M. Reichardt. Zur pathologischen Anatomie der chorea minor.

(Deutsches Archiv f. klin. Medizin Bd. 72 Heft 5 u. 6.)

Zwei Fälle von Sydenhamscher Chorea, von denen der eine im Anschluß an eine rheumatische Gelenkerkrankung auftrat, vier Wochen fieberlos verlief, in den letzten acht Tagen unter Nachlassen der choreatischen Bewegungen von einer Psychose begleitet war, während der zweite Fall als Rezidiv einer früheren Chorea stürmisch, fieberhaft verlief und in acht Tagen zum Tode führte.

Das bakteriologische Ergebnis war, soweit es sich auf das Gehirn bezieht, negativ, dagegen gelang im Herzblut der Nachweis von Staphylococcus aureus im ersten, und von Streptokokken im zweiten Falle. Beide Male war eine Endocarditis zu konstatieren.

Der größte Teil des Gehirnes war in verschieden starker Weise von Entzündung, charakterisiert durch perivenöse kleinzellige Infiltration, befallen, doch in so wenig ausgesprochenem Maße, daß makroskopisch sichtbare Herde fehlten. Die Ganglienzellen waren am wenigsten geschädigt. Zahlreiche zum Teil makroskopisch sichtbare Blutungen waren namentlich an Stellen stärkerer Entzündung regellos im ganzen Gehirn zerstreut.

Unabhängig von den Entzündungsherden fanden sich fettige Degenerationen von Nervenfasern, dieselben fehlten in den Zentralwindungen, der inneren Kapsel, waren dagegen besonders in den basalen Ganglien und deren Umgebung, besonders dem Gebiete der hinteren inneren Kapsel nachzuweisen.

Die Lokalisation der Choreabewegungen ist nach obigen Untersuchungen nicht aufgeklärt, doch sehen wir auch hier wie aus verschiedenen früheren anatomischen Befunden einen Hinweis auf die basalen Ganglien.

Hugo Stark (Heidelberg).

Digitized by Google

L. Bruns. Über Chorea electrica.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 51.)

B. ist auf Grund seiner Erfahrungen zur Überzeugung gelangt, daß die Henoch-Bergeronsche Form der Chorea electrica, obwohl die Symptomatologie scharf abgegrenzt ist, doch pathogenetisch drei verschiedene Formen in sich faßt, deren Unterscheidung eine praktische Bedeutung hat, weil die therapeutischen Maßnahmen sich danach zu richten haben. Er meint, daß es neben der Chorea electrica s. s. noch eine hysterische und eine epileptische Form gibt, und führt einige Beispiele aus seiner Praxis an, welche dieser Unterscheidung allerdings sehr nahe liegen.

Die Differentialdiagnose der Unterarten bietet größere Schwierigkeiten. Am leichtesten ist die epileptische zu erkennen, wo neben den interparoxysmellen Zuckungen oder den rudimentären Anfällen, die mit Chorea electrica verwechselt werden können, doch meist auch klassische epileptische Anfälle vorkommen. Sind die kleinen Anfälle häufig, so bleibt meist die geistige Entwicklung der Kinder zurück, bei längerer genauerer Beobachtung wird man auch wohl bei den kleinen Anfällen Bewußtseinspausen nachweisen können. Schwierig, ja zunächst unmöglich kann in vielen Fällen die Entscheidung einer Chorea electrica s. s. und der hysterischen Form sein, da hysterische Stigmata hier, wie bei der Kinderhysterie überhaupt, oft fehlen. Man wird da oft erst in dem Behandlungsresultat einen entscheidenden Faktor finden. Die Chorea electrica s. s. gibt, wie ihre nächsten Verwandten, die echten Tics, eine schlechte Prognose, die hysterische Form ist leicht zu heilen, man wird also eine geheilte Chorea electrica meist als eine hysterische ansprechen dürfen. Man wird auch bei der Therapie zunächst zwischen diesen Formen eine Unterscheidung nicht machen, sondern die antihysterische Behandlung einschlagen. B. wendet seine „zweckbewußte Vernachlässigung" an, d. h. er behandelt die Kinder, die unbedingt vom Hause weg ins Krankenhaus zu bringen sind, so, daß sie den Eindruck gewinnen, man bekümmere sich um ihr Leiden nicht, dasselbe habe also gewiß keine Bedeutung; nebenher kann man ja elektrische und hydrotherapeutische Prozeduren vornehmen, muß die Ernährung heben u. s. w., im allgemeinen sollen sich aber die Erscheinungen gewissermaßen zu Tode langweilen und tun dies auch, wenn sie hysterischer Natur sind. Erkennt man die epileptische Abart, dann verfährt man natürlich gerade so, wie bei Epilepsie selbst.

Grätzer.

S. Middelton. Child with a nervous affection chiefley characterised by tremors.

(The Glasgow medical journal, Oktober 1902 S. 293.)

Der Knabe war im Alter von 10 Jahren plötzlich nach einem großen Schrecken mit Zittern in den Extremitäten erkrankt. Zwei Monate vorher hatte er einen fieberhaften Darmkatarrh durchgemacht. Der Tremor war bei der Aufnahme so stark, daß der Knabe kaum

Digitized by Google

gehen konnte, die Arme waren etwas weniger beteiligt. Lähmungen, Krämpfe und Atrophie fehlten. Der Patellarreflex war stark erhöht, dagegen fehlte der Fußklonus. Sensibilitätsstörungen bestanden nicht, die Gesichtsmuskulatur war frei von Zittern, nur die Zunge zitterte etwas. Auf Behandlung mit dem faradischen Strom besserte sich der Zustand. M. schwankt zwischen der Annahme einer Hysterie und einer disseminierten Sklerose, welch letztere durch den fieberhaften Darmkatarrh bedingt sein könnte. Schreiber (Göttingen).

H. Stadelmann (Würzburg). Beseitigung schwerer hysterischer Krampferscheinungen durch Wachsuggestion.

(Allgem. med. Zentral-Zeitung 1903 No. 5.)

Prompter Erfolg der Wachsuggestion in folgenden 2 Fällen:

1. Knabe von 12 Jahren verletzt sich unbedeutend am linken Knie. Einige Stunden später sollte er gezüchtigt werden und versteckte sich aus Angst hinter einen Busch, wo er stundenlang blieb. In diesem Affektzustand wurde die geringfügige Empfindung nach der Verletzung zu einem hysterischen Dauersymptom. Es zeigte sich eine so starke Kontraktur des linken Kniegelenkes, daß die Ferse die Haut über den Glutaei berührte. Haut um das Kniegelenk hochgradig hyperästhetisch. Knie aktiv und passiv nicht beweglich. 6 Monate lag Pat. im Bett oder humpelte etwas mit dem anderen Bein herum. Durch Wachsuggestion gelang es, alle Symptome in $1^1/_2$ Tagen zum Verschwinden zu bringen. Kein Rückfall.

2. Mädchen von 12 Jahren hatte sich in der Schule sehr angestrengt und viel mit feinen Nadeln genäht. Eines Tages Schwächegefühl in der rechten Hand, das sich bald auf den ganzen Arm erstreckte. Pat. konnte nichts mehr anfassen oder festhalten, schließlich bekam sie, sobald sie nach etwas griff, Zitterbewegungen an Hand und Arm, die zu kräftigen Schleuderbewegungen wurden, so daß angefaßte Gegenstände weit in die Luft flogen. Diese ungeordneten Bewegungen erstreckten sich dann auch auf die Muskulatur der rechten Schulter, der rechten Nacken- und Gesichtshälfte und Zunge. Der Zustand hatte 5 Monate angedauert und wurde durch eine einzige Wachsuggestion beseitigt. Jetzt, $1^1/_2$ Jahre danach, besteht die Heilung noch. Grätzer.

M. Thiemich. Über das Facialisphänomen bei älteren Kindern.

(Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau.)

(Monatsschrift für Kinderheilkunde, Dezember 1902.)

Es erscheint heute unzweifelhaft, daß während der ersten 2 bis 3 Jahre das Facialisphänomen ein pathognomisches Symptom der Tetanie ist, wenn man von dem seltenen, in seiner Bedeutung noch unklaren Vorkommen bei Hydrocephalus, Meningitis und einigen anderen organischen Hirnkrankheiten absieht. Auch hier ist jedenfalls ein zufälliges Zusammentreffen mit Tetanie nicht ohne weiteres auszuschließen, zumal Verf. einwandfreie Fälle beobachten konnte, in denen sich Tetaniesymptome von schwankender Intensität zu organischen Hirnerkrankungen, z. B. zu einer ganz stationären Idiotie, hinzugesellten und allmählich verschwanden.

Ist nun nicht auch später, diesseits des dritten oder vierten Lebensjahres, das Facialisphänomen ein Latenzsymptom der Tetanie? Verf. bejaht diese Frage auf Grund folgender Erfahrungen.

Verf. hat eine große Zahl von Kindern, bei denen früher in der

Digitized by Google

Klinik epileptiforme oder tetanische Krämpfe oder Laryngospasmus beobachtet wurden, und durch den Nachweis des Trousseauschen oder des Facialisphänomens und meist der galvanischen Übererregbarkeit die Zugehörigkeit der Krampferscheinungen zu den tetanoiden Zuständen erwiesen worden war, jährlich mehrmals wieder einberufen und sowohl genau untersucht, als auch über ihr Verhalten in den Zwischenzeiten Erkundigungen eingezogen. Dabei hat er oft bei Kindern, die vor mehreren Jahren Krämpfe u. s. w. hatten, und seitdem allem Anscheine nach frei von jeglicher Störung geblieben waren, als Residuum gleichsam der früheren Erkrankung ein mehr oder minder lebhaftes Facialisphänomen gefunden. Bemerkenswerterweise war bei diesen Fällen fast ohne Ausnahme das Facialisphänomen während der ersten tetanoiden Krankheit vorhanden gewesen und mit Ablauf derselben für viele Wochen oder Monate verschwunden, um später wieder aufzutreten, ohne daß neue Krämpfe oder dgl. einsetzten. Es ist gewiß kein Zufall, daß es in den Sommer- und Herbstmonaten meist fehlte, im Winter und Frühjahr wieder nachweisbar war.

Eine andere Stütze findet Verf. in der Anamnese der ein Facialisphänomen aufweisenden älteren Kinder. Wenn man sorgfältig nach Krämpfen oder Stimmritzenkrampf im Säuglingsalter fragt, so bekommt man etwa in 50 % der Fälle positive Antwort. Noch größer wird die Zahl der bejahenden Antworten, wenn wir nach Krämpfen oder Stimmritzenkrampf bei den Geschwistern fahnden. Die Tetanie als latente Form, als abnorme Konstitution des Nervensystems ist nach Th.s Erfahrung eine außerordentlich erbliche oder besser familiäre Anomalie. Es ist sehr häufig, daß, wenn in einer Familie ein Kind dieselbe gezeigt hat, die folgenden sie ebenfalls aufweisen, wenn auch nicht stets in Form manifester Erkrankung. Es kommt gewiß vor, daß in einer Reihe von Kindern eines oder mehrere ganz verschont bleiben, andererseits sind die Fälle viel zahlreicher, in denen 3, 4 Kinder derselben Eltern hintereinander im zweiten oder dritten Lebensjahre an Krämpfen oder Laryngospasmus erkranken und event. zu Grunde gehen.

Drittens spricht der unverkennbare zeitliche Parallelismus zwischen der Häufigkeit der Tetanien bei Säuglingen einerseits und der Facialisphänomene bei älteren Kindern andererseits, der hier wie dort anzunehmende Einfluß der Jahreszeit, für Zusammengehörigkeit beider Erscheinungen.

Resumé: Das Facialisphänomen ist aus der Reihe der nervösen „Stigmata" zu streichen und auch im späteren Kindesalter als pathognomonisches Latenzsymptom der Tetanie anzusehen, wenn auch diese oft eine dauernd symptomlos bleibende Anomalie des Nervensystems darstellt.

Grätzer.

F. Ganghofner. Zur Diagnose der Tetanie im ersten Kindesalter. (Zeitschrift f. Heilkunde 1902 Heft 5.)

Nach Thiemich liegt sicher Tetanie vor, wenn unter Anwendung der Stintzingschen Normalelektrode von 3 cbcm und einer in-

Digitized by Google

differenten Elektrode von 50 cbcm am Nervus medianus ROZ bei einer Stromstärke von weniger als 5 M. A. ausgelöst werden kann. Außerdem soll AnOZ bei geringerer Stromstärke erfolgen als AnSZ. Der Wert der Methode würde darin liegen, daß die Diagnose durch Prüfung eines einzigen Nerven sichergestellt werden kann. G., der in 49 Fällen von Kindertetanie auf dieses Symptom untersucht hat, kam zu dem Schluß, daß die Thiemichsche Methode eine wertvolle Bereicherung unserer diagnostischen Hilfsmittel zur Feststellung der kindlichen Tetanie bildet, daß derselben aber kein Vorrang vor den anderen Untersuchungsmethoden gebührt, daß man ohne Berücksichtigung anderer Krankheitserscheinungen lediglich auf Grund der gesteigerten Erregbarkeit des Medianus nicht die Dignose auf Tetanie stellen darf. In 8 (von 49 Fällen) von Tetanie fiel die Prüfung negativ aus.

Hugo Starck (Heidelberg).

Durando Durante. Klinische Formen kindlicher Tetanie. Der Tremor der Kinder.

(La Pediatria No. 12, 1902.)

Verf. berichtet 4 Fälle, denen folgende Symptome gemeinsam sind: Mehr oder weniger ausgesprochener und ausgedehnter Tremor, Erscheinungen von elektrischer und mechanischer Übererregbarkeit und Verdauungsstörungen. In dem einen Fall ist das ausgesprochene Bild der Tetanie vorhanden, aber auch in den anderen Fällen legen die gesteigerte Erregbarkeit, spastische Kontrakturen und das Trousseausche Phänomen den Gedanken daran nahe. In der Tat rechnet Verf., der zu denjenigen Autoren gehört, die den Begriff der Tetanie nach Escherichs Vorgang ziemlich weit fassen, auch seine Fälle, die übrigens alle in Genesung übergingen, zur atypischen Form der Tetanie; die Genese seiner Fälle sieht er in einer vom Magendarmkanal aus entstandenen Auto-Intoxikation. Zu einer besonderen Form der Tetanie werden die Fälle des Verf.s gestempelt durch das Vorhandensein des Tremors.

Finder (Berlin).

J. Zappert. Über eine ungewöhnlich gutartige Bulbäraffektion im Kindesalter.

(Jahrbuch f. Psych. und Neurologie Bd. 22.)

5 $^1/_2$jähriger Knabe, der ca. 14 Tage zuvor an Fieber und Husten erkrankt war. Bald erholte er sich hiervon, doch blieb er leicht ermüdbar und speichelte auffallend viel, dann rückwärts geneigte Kopfhaltung, Verschlechterung der Sprache, zuweilen Schlingbeschwerden, später Zittern in den Händen. Erbrechen, Kopfschmerz, Fieber fehlten.

Objektiv: bei feineren Mundbewegungen deutliche Störung. Pat. kann trotz zweckmäßiger Anstrengung nicht pfeifen, keine Atrophie der Lippen. Die Zunge wird mühsam nach vorn bewegt und kann nicht weiter als bis zur Zahnreihe vorgeschoben werden, seitliche Bewegungen sind nur in ganz geringem Maße möglich. Keine Zungenatrophie. Sprache langsam, undeutlich, starker Speichelfluß, Uvula hängt schlaff herab. Kopf dauernd nach hinten gebeugt. Sämtliche Reflexe lebhaft. Stimme heiser. Kaumuskeln schwach (?).

11 Tage nach Aufnahme dieses Status Heilung.

Digitized by Google

Verf. nimmt das Bestehen einer Bulbäraffektion an, erklärt die allgemeine Reflexsteigerung mit einer Reizung der Pyramidenbahnen (durch Hyperämie oder Ödem) und sieht die eigentümliche Kopfhaltung des Knaben als den Ausdruck einer unangenehmen Sensation im Hinterhaupte an.

In differentialdiagnostischer Beziehung kamen Hysterie, akute bulbäre Neuritis, postdiphtherische Lähmung in Betracht und konnten ausgeschlossen werden. Für Lues war kein Anhalstpunkt vorhanden.

Die Art des im Bulbus bestehenden Krankheitsprozesses kann sein: Blutung, Embolie, Entzündung oder „Toxinwirkung".

Z. entscheidet sich in seinem Falle für die Annahme eines entzündlichen Vorganges. Besonders bemerkenswert erscheint ihm der überaus günstige Verlauf der Krankheit mit völliger Wiederherstellung ohne irgend ein restierendes Ausfallssymptom. Kurt Mendel (Berlin).

E. Bischoff. Pathologisch-anatomischer Befund bei familiärer infantiler spastischer Spinalparalyse.

(Jahrbuch f. Psych. und Neurologie Bd 22.)

B. teilt den pathologisch-anatomischen Befund von 2 Fällen mit, in denen es sich — wie gerade dieser Befund ergibt — um infantile familiäre spastische Spinalparalyse handelt. Es zeigt sich demnach, daß neben der Strümpellschen familiären spastischen Spinalparalyse der Erwachsenen auch eine solche bei Kindern vorkommt. Die beiden Brüder, über welche B. berichtet, erkrankten in ganz gleichartiger Weise in der Kindheit. Der Autopsiebefund ergab (wie gleichfalls in den Strümpellschen Fällen) neben der Erkrankung der Pyramidenbahn eine solche der Gollschen Stränge, sowie (dies fehlt in den Strümpellschen Fällen) eine Verminderung der Zahl der großen Vorderhornganglienzellen (letztere Veränderung erklärt die intra vitam beobachtete Muskelatrophie). Die Hinterstrangsfasern, welche erkrankt sind, gehören jenen Körperabschnitten an, welche am längsten und intensivsten von spastischer Lähmung ergriffen waren.

Kurt Mendel (Berlin).

P. Gallois et **M. Springer.** Maladie de Little très améliorée par le traitement mercuriel.

(Bulletin général de thérapeutique Heft 17 S. 648).

Das idiotische $4^1/_2$ jährige Mädchen konnte weder stehen noch gehen. Bei Stehversuchen sind die Knie einwärts gebogen, und die Beine kreuzen sich. Daneben bestehen Kontrakturen der Unterextremitäten und Strabismus. Die Verff. zählen diesen Fall zu den sogenannten „formes frustes" der Littleschen Krankheit. Der Vater des Kindes war Alkoholiker, aber nicht syphilitisch. Da das Kind zu früh geboren war, hielten die Verff. Syphilis nicht für ausgeschlossen und verordneten infolgedessen 20 Tropfen, später 40 Tropfen einer $1^0/_{00}$ alkoholischen Sublimatlösung (van Swieten). Nach längerem Gebrauch derselben trat entschieden eine Besserung des Zustandes ein.

Schreiber (Göttingen).

Digitized by Google

F. Schupfer. Über die infantile Herdsklerose mit Betrachtungen über sekundäre Degenerationen bei disseminierter Sklerose.

(Monatsschrift f. Psych. und Neurologie Bd. 12 Heft 1 und 2.)

Den 58 bisher veröffentlichten Beobachtungen von infantiler Herdsklerose fügt Sch. einen neuen Fall (mit Sektionsbefund) hinzu und kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Herdsklerose kommt, wenn auch sehr selten, auch bei Kindern vor, doch gehören nicht alle Fälle, die als solche veröffentlicht wurden, hierher; die durch die Autopsie bestätigten Fälle beschränken sich auf 3 (unter ihnen derjenige des Verf.).

Bisweilen beginnen die Symptome der Herdsklerose in der Kindheit, aber erst beim Erwachsenen findet man das vollständig entwickelte Bild der Krankheit.

Vorzeitige oder schwere Geburten und die Asphyxie der Neugeborenen üben keinen prädisponierenden Einfluß, die Heredität spielt eine geringe Rolle.

Charakteristisch für die Symptomatologie sind das Vorherrschen der motorischen Störungen in den Beinen, die ausgesprochene Sensibilitätsstörung in denselben, Blasenstörungen, die Häufigkeit des Dekubitus. Häufig ist Ptosis, Anisokorie, Pupillenstarre, Trägheit bei der Akkommodation, Augenmuskelparese, Paraparese und Zittern der Extremitäten, Hemiparese, nicht konstant Intentionszittern, skandierende Sprache, Nystagmus. Psychische Störungen sind selten.

Der Tod erfolgt gewöhnlich durch interkurrente Krankheiten. Therapie: Gute Nahrung, Jod- und Arsenpräparate.

Oft sind bei der Herdsklerose der Kinder die Wurzeln der Spinal- und Cerebralnerven und die peripherischen Nerven in den Prozeß verwickelt.

Die Degenerationen sind fast ganz auf die Pyramidenbahnen und die Gollschen Stränge beschränkt. „Was die ersteren betrifft, so kann man sie in einigen Fällen wirklich mit sklerotischen Herden in Verbindung bringen, wenn nämlich in den letzteren die Achsenzylinder zerstört sind, aber in anderen Fällen hängt die Degeneration entweder von einer diffusen Hirnsklerose ab oder sie ist von den Herden ganz unabhängig.“ Die Degeneration der Gollschen Stränge ist im allgemeinen nicht systematisch und kann nur ausnahmsweise als eine sekundäre Folge der sklerotischen Herde betrachtet werden.

In einigen wenigen Fällen handelt es sich um echte Tabes in Verbindung mit disseminierter Sklerose in den anderen Rückenmarkssträngen, aber dann fehlen auch im klinischen Bilde die Symptome der Hinterstrangserkrankung nicht, während solche in den Fällen, in denen man sekundäre Degeneration der Hinterstränge angenommen hat, stets fehlen.

Kurt Mendel (Berlin).

Digitized by Google

Charles F. Painter. Infantile Paralysis; an epidemie of thirty-light cases.

(Boston Medical and Surgical Journal, 11. Dezember 1902.)

Poliomyelitis anterior tritt häufig epidemisch auf, und derartige Vorkommnisse verdienen ein genaueres Studium, als ihnen in der Regel zu teil wird. Die von P. mitgeteilte Epidemie umfaßt 38 Fälle und gehört somit zu den größten. Sie ereignete sich zwischen Juni und September 1900, innerhalb eines Radius von 4 Meilen. Ausführlicher beschrieben sind 32 Fälle, 23 Knaben und 9 Mädchen. 17 Kinder waren 3 Jahre alt oder jünger; acht waren nicht über 2 Jahre, und sieben nicht unter 4 Jahre alt. Kein einziger gelangte zur vollständigen Heilung. Tödlicher Ausgang wurde einmal beobachtet, doch kam die Leiche leider nicht zur Autopsie.

Leo Jacobi (New York).

Ernst Schwalbe. (Pathol. Institut Heidelberg.) Untersuchung eines Falles von Poliomyelitis acuta infantum im Stadium der Reparation.

(Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie Bd. 32 Heft 3, 1902.)

Bei einem $^{5}/_{4}$ jährigen Kinde entwickelte sich eine fieberhafte Erkrankung von wenigen Tagen, nach deren Ablauf die Eltern bemerkten, daß das Kind mit dem linken Beine keine Gehversuche mehr machte, sondern es herunterhängen ließ, statt darauf zu stehen. Die 3 Wochen später vorgenommene Untersuchung ergab den Quadrizeps des linken Beines als sehr stark paretisch, ebenso Strecker und Peroneen des Unterschenkels. Zehenbewegung jedoch gut ausführbar. Der Patellarreflex fehlte links. Die Therapie bestand in Galvanisation und Salzbädern. 2 Monate darauf Besserung. Genu recurvatum, links kein Patellarreflex. Nach einem weiteren Monat Exitus durch Empyema dextrum, Mediastinitis purulenta, Atelektase der rechten Lunge und Bronchopneumonie daselbst. — Es fand sich nun bei der Untersuchung des Rückenmarkes, daß die Veränderungen eine größere Ausdehnung hatten, als nach der klinischen Beobachtung hätte erwartet werden dürfen: durch das ganze Lendenmark, ferner durch das ganze Sakralmark ließen sich Veränderungen nachweisen. Die größte Ausbreitung hatte der Prozeß im vierten und fünften Lumbalsegment, was ja durchaus der klinischen Beobachtung entsprach. Mikroskopisch wurden Veränderungen der Ganglienzellen: Schwund der Zellen, Degenerationsvorgänge, Verkalkung gefunden. Neben geringeren pathologischen Befunden der Glia war eine Infiltration der Adventitialscheiden der Gefäße mit Fettkörnchenzellen, welche auch im interstitiellen Gewebe in Herden lagen, vorhanden. — Die parenchymatösen und interstitiellen Veränderungen sind wohl auf eine gemeinsame Ursache zurückzuführen. Die Ätiologie der Poliomyelitis ist wahrscheinlich nicht einheitlich: in einem in der Literatur er-

Digitized by Google

wähnten Falle (Fr. Schultze, zur Ätiologie der akuten Poliomyelitis, Münchener med. Wochenschrift 1898) wurde aus der Lumbalflüssigkeit der Meningokokkus gezüchtet, im vorliegenden ist sie vielleicht durch denselben Erreger wie das Empyem, einen Diplokokkus, hervorgebracht. Auch nach Infektionskrankheiten, z. B. nach Masern kommt sie vor. Der letztgenannte Modus wäre ein Analogon zu den diphtherischen Lähmungen. Mitunter beobachtet man auch eine Häufung der Fälle, die man jedoch nicht immer mit Recht als Epidemie bezeichnen kann. Schridde (Erlangen).

R. Goldmann. Ein Fall von zerebraler Kinderlähmung.

(Aus der med. Poliklinik in München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 51.)

Der 12jähr. Knabe war vor 11 Jahren plötzlich unter Fieber und Konvulsionen erkrankt und ist seitdem links gelähmt.

G. gibt seiner Arbeit den Untertitel: Ein Beitrag zur Lehre von den Hautreflexen. In der Tat interessieren die Beobachtungen der Reflexe an dem Falle am meisten. Verf. gibt folgende Schilderung:

„Der Bizepsreflex ist gesteigert, weniger deutlich der Trizepsreflex. Bei Berührung des Handteller oder der Palmarseite der Finger bis in die Interdigitalfalten ist folgendes Phänomen zu beobachten: Bei ganz schwachen Reizen tritt Extension und Abduktion des Daumens, bei etwas stärkeren auch Streckung des Zeigefingers ein, der gewöhnlich in der gleichen Weise die der übrigen Finger folgt: dabei sind sie gespreizt und in einer leichten Unruhe, wie wenn zu wenig Kraft da wäre, um die Extensionsstellung zu fixieren, nach ungefähr zwei bis mehreren Sekunden sinken die Finger in die Ruhelage zurück. Das ganze Phänomen erinnert sehr an die athetotischen Bewegungen. Ich konnte den Reflex auch auslösen, wenn ich den Pat. aufmerksam auf seine Hand blicken oder ihm eine anstrengende Kopfrechnung oder Bewegung ausführen ließ. In diesen Fällen wirkte die Erregungswelle von der Gehirnrinde her wahrscheinlich wie ein Impuls, der an der Stelle des geringsten Widerstandes, wie sie durch den Wegfall der motorischen Rindenfunktion für dieses Gebiet geschaffen war, seine Wirkung übte. Vom Dorsum der Hand, ferner von der Palma der anderen Seite konnte ich ihn nur manchmal bei sehr starkem Reize erzielen.

Ein zweites Phänomen beobachtete ich bei stärkerem Reize des Handtellers der gelähmten Seite: dabei trat gleichzeitig Dorsalflexion im Karpal-, Beugung im Ellbogen-, Beugung und Elevation im Schultergelenk auf. Dasselbe gelang auch bei Stich in die rechte Palma, wobei aber der rechte Arm vollständig ruhig blieb. Es liegt nahe, diese beiden Phänomene als Analoga des Babinskyschen und des Fußsohlenreflexes aufzufassen. In der Tat fand ich, daß vor kurzem Böttger den „Handtellerreflex" in 2 Fällen frischer zerebraler Kinderlähmung und einem Falle von Porenkephalie beschrieben hat. Als den normalen Reflex beschreibt er die Adduktion und Palmarbeugung des Daumens oder sämtlicher Finger. Daß er verhältnismäßig so selten ist — ca. 20 % — ist in der Tatsache zu verstehen, daß die Reflexe umsomehr in den Hintergrund treten, je größer der Einfluß der Großhirnrinde der psychomotorischen Zentren ist.

Interessant war, daß bei starkem Stich in die Palma wiederholt blitzartig ein krampfhafter Faustschluß erfolgte, der erst nach einigen Sekunden mit Mühe gelöst werden konnte. Dies soll auch in der letzten Zeit noch öfters spontan aufgetreten sein. Im Laufe der Behandlung, die im wesentlichen auf fleißigen Gebrauch der sonst vernachlässigten Hand hinauslief, konnte ich ein fast vollständiges Verschwinden dieser Erscheinung wahrnehmen. Ich nehme an, daß der Einfluß der gesunden Hemisphäre in Form der Mitbewegungen hemmend einwirkte.

Digitized by Google

Im tiefen Schlafe konnte ich nur den Armreflex auslösen, hingegen erschien im Halbschlaf das Fingerphänomen prompt, jedoch nicht bei Reizung der gesunden Seite. Die geringen Reize, die sonst zum Hervorrufen des Phänomens genügen, sind nicht im stande, den wahrscheinlich erhöhten Leitungswiderstand im Reflexbogen zu überwinden.

Das linke Bein zeigt gegenüber dem rechten weder an Länge, Umfang, noch an Kraft einen Unterschied. Die aktive und passive Beweglichkeit ist nur im Sprunggelenk im Sinne der Dorsalflexion eingeschränkt. Der Patellarreflex ist lebhaft, jedoch nicht gesteigert; Fußklonus ist nicht vorhanden. Das Babinskysche Phänomen ist positiv: Dorsalflexion der großen Zehe, Plantarflexion aller übrigen. Es ist jedesmal vom Beinreflex begleitet, der sich bis in die untere Bauchgegend erstreckt. Er ist bei genügend starkem Reize von jeder Stelle des Körpers auslösbar, am leichtesten von der Sohle der rechten Fußes und vom linken Handteller aus. Denselben Effekt hat eine anstrengende Denktätigkeit, eine plötzliche intendierte Bewegung, ein erschreckender Sinneseindruck. Auch der Versuch einer willkürlichen Bewegung der Zehen in einer Richtung bringt immer nur die beschriebene Kombination zum Vorschein. Das gesunde Bein zeigt dabei durchaus normales Verhalten.

In noch höherem Grade als die Hautreflexe am Beine ist der Kremasterreflex gesteigert. Es genügt schon leichtes Anblasen im Bereich der Oberschenkel, um ihn linkerseits anszulösen, während der rechte Hoden ruhig bleibt. Auch bei Kitzeln in der rechten Leistengegend ist der gegenseitige Reflex viel lebhafter. Den Zweifel, ob nicht der gesteigerte, bis auf die Bauchmuskeln sich erstreckende Beinreflex eine Kontraktion des Kremaster vortäusche, konnte ich widerlegen, als mir bei Reizung von der rechten Leiste aus der isolierte Kremasterreflex beider Leisten gelang."

Dieser Fall scheint deshalb erwähnenswert, weil über die Hautreflexe bei der infantilen zerebralen Hemiplegie, vom Babinskyschen Phänomen abgesehen, auch in den neuesten Publikationen so gut wie gar nichts zu finden ist. Die im allgemeinen richtige Annahme, daß bei der zerebralen Hemiplegie die Sehnenreflexe gesteigert, die Hautreflexe herabgesetzt sind, wurde wohl stillschweigend auf die entsprechende Kinderlähmung übertragen.

Es scheint, daß in der Entwicklung der Einfluß der Gehirnrinde auf die Hautreflexe ein anderer ist als beim Erwachsenen. G. stellt sich die Entwicklung so vor: Die Reflexe nach Strümpell als „rudimentäre Funktionen" aufgefaßt, sind ursprünglich an das Rückenmark und die nächsthöheren motorischen Zentren gebunden. Mit der Entwicklung der Gehirnrinde und der Übernahme der motorischen Funktionen fallen auch die Reflexe unter ihre Herrschaft, wodurch die spinalen Zentren ihre Stellung als selbständige Regulatoren der Bewegungsmechanismen verlieren. Bei einer Leitungsunterbrechung innerhalb der Pyramidenbahn können sie jedoch ihre ehemalige Bedeutung wieder erlangen, wenn sie in der Zeit vorher nicht durch mangelnde Übung gelitten haben. Der Kremaster- und Bauchdeckenreflex sind in dieser Hinsicht schlimmer daran als der Patellar- und die Fußsohlenreflexe, deren Zentren stets in Aktion sind und ziemlich selbständig, da der Willen bei der Bewegung der Beine nur den Anstoß zum Ablauf des Gehmechanismus gibt, keineswegs aber die nuancierte Beherrschung aller Muskeln ausübt.

An der Hand sind die Reflexe durch die detallierte Einflußnahme des Willens auf jede Bewegung, vor allem die der Finger, überflüssig geworden; sie würden nur stören. Die Möglichkeit, sie zu erhalten, gewinnen wir, indem wir die Entwicklung der Pyra-

Digitized by Google

midenbahnen verhindern. Die Böttgerschen Fälle, vor allem die Porenkephalie, und der obige genügen dieser Bedingung.

Nach dem gegenwärtigen Stand der Kenntnisse müssen wir die Hautreflexe in 2 Gruppen einteilen. Die erste umfaßt diejenigen, welche durch die Schädigung der Pyramidenbahn nicht oder im Sinne der Steigerung betroffen werden: das ist der Plantar-Beinreflex. Die zweite — Bauch-, Kremaster- und der normale Zehenreflex — geht mit der Verletzung der genannten Bahn verloren oder büßt seine normale Stärke ein.

Noch ein Wort zu der Auslösung der Phänomene durch Reize von Stellen der Haut, die nicht im Bereiche der betreffenden Extremität liegen. Schon Westphal beobachtete eine Bewegung der gelähmten Hand bei Stich in die gesunde Handfläche. Er faßte sie irrtümlich als Mitbewegung auf. Parhon und Goldstein sahen wiederholt bei Reizung der gesunden Planta Flexionsbewegung der Zehen am gelähmten Fuße (den „kontralateralen Reflex"). In vielen Fällen ist der „gekreuzte Reflex" konstatiert worden: Bewegung auf der gesunden Seite bei Reizung der gelähmten, wo der Reflex aufgehoben oder herabgesetzt ist. Alle diese Erscheinungen haben gemeinsam, daß der Reiz an der Stelle des geringsten Widerstandes, nach Goldscheider der niedrigsten „Neuronschwelle", den Effekt auslöst. In obigem Falle befanden sich die spinalen Zentren der linken Seite infolge des Ausfalls der Hemmung von der Gehirnrinde in einem Zustande erhöhter Erregbarkeit. Der Stich, der an der gesunden Hand keinerlei Wirkung hervorbrachte, wurde als Nervenerregung auf dem Wege der Kollateralen zu dem gegenseitigen Zentrum geleitet, dessen Reizschwelle er stark genug war, zu überwinden. Es scheint bei einer gewissen Tiefe der Neuronschwelle gleichgültig, was für einem Reize die Nervenerregung entsprungen ist: Berührung, Stich, Kälteeinwirkung, ein intensiver Gehörseindruck, ja die Nervenerregung, die einer willkürlichen Bewegung oder Denkarbeit zu Grunde liegt, vermögen den gleichen Effekt hervorzurufen, den jederzeit eingestellten Mechanismus zum Ablauf zu bringen. Grätzer.

Ch. Féré. Urticaire d'origine alimentaire limitée aux parties non paralysées dans un cas d'hémiplégie infantile.

(Rev. neurol. 1902 No. 15.)

Es handelt sich um einen 27jährigen, hereditär belasteten Mann, welcher eine linksseitige zerebrale Kinderlähmung durchgemacht hatte, jetzt Hemiparesis spastica und Konvulsionen darbot. Nach dem Genusse von Fischen bekam Pat. eine Urticaria, welche nur auf der gesunden, nicht gelähmten Seite lokalisiert war.

Kurt Mendel (Berlin).

Digitized by Google

Calabrese. Beitrag zum Studium der Kinderlähmung.

(XII. Congresso di medicina interna. Rom. 28.—31. X. 1902.)

Verf. hat Gelegenheit gehabt, zwei wichtige Fälle von spinaler Kinderlähmung zu beobachten. Im ersten handelte es sich um ein 3jähriges Kind, bei dem im Alter von 2 Jahren nach heftigem Fieber und Magendarmerscheinungen eine Lähmung aufgetreten war, die zuerst unter dem Bild einer linksseitigen Hemiplegie und Hyperästhesie derselben Seite und totaler linksseitiger und partieller rechtsseitiger Ophthalmoplegie sich zeigte. Nach einem Monat trat auch Lähmung und Atrophie in der rechten unteren Extremität ein, gleichzeitig eine zwar nicht vollständige und auch vorübergehende Anästhesie in demselben Glied; nach wenigen Tagen verschwand zuerst die rechtsseitige, dann die linksseitige Ophthalmoplegie, dann besserte sich und verschwand schließlich die Lähmung der linken oberen und unteren Extremität, so daß zuletzt nur eine solche des rechten Beines zurückblieb.

Nach einer erschöpfenden Analyse dieses Falles geht Verf. zum zweiten über, in welchem — gleichfalls nach hohem Fieber — linksseitige Konvulsionen und linksseitige Hemiplegie auftrat, später totale Ophthalmoplegie, die zuerst beiderseitig war und dann nur auf der rechten Seite blieb; 20 Tage nach Beginn der Erkrankung trat Paralyse und später Atrophie der rechten unteren Extremität auf mit Aufhebung der Reflexe, Entartungsreaktion und Bildung des pes equinus. Seit zwei Jahren traten noch bisweilen Konvulsionen nach dem Typus der Jacksonschen Rindenepilepsie auf, die im linken Arm beginnen.

Finder.

Gh. Marinescu. Beiträge zum Studium der infantilen Hemiplegie.

(Spitalul [rumänisch] 1902 No. 11.)

Verf. hat in mehreren Fällen von infantiler Hemiplegie genaue histologische Untersuchungen angestellt und sind die Ergebnisse in kurzem folgende. In einigen Fällen wurde eine Atrophie der Großhirnwindungen gefunden, ohne eigentliche Degenerationsherde. In anderen werden begrenzte Herde, Meningo-encephalitis, und in einem Falle Hirnatrophie infolge von Hydrocephalus gefunden. Handelt es sich um Atrophie, so sind auch die einzelnen Nervenzellen atrophisch, ihre Zahl ist vermindert und erstrecken sich diese Veränderungen bis in die dritte und vierte Schichte. Die großen Zellen der sensitiv-motorischen Zone bieten verschiedene Veränderungen, je nachdem sich ein Herd in der inneren Kapsel befindet oder nicht. In ersterem Falle sind Veränderungen durch Fernwirkung zu finden, aber auch bei einfacher Mikrogyrie sind Zellveränderungen bezüglich der Form und der Zahl zu beobachten.

Oft wird bei zerebraler Hemiatrophie eine Atrophie der entgegengesetzten Zerebellarhemisphäre beobachtet. In den meisten Fällen wurden auch Läsionen der Basalganglien gefunden.

E. Toff (Braila).

Digitized by Google

Ludwig Mann. Über zerebellare Hemiplegie und Hemiataxie.

(Monatsschrift für Psych. und Neurologie Bd. XII, Ergänzungsheft.)

Verf. berichtet über einen Fall mit folgenden Symptomen: erhebliche linksseitige Hemiparese, die sämtliche Bewegungen gleichmäßig betrifft, verbunden mit deutlicher Muskelatrophie und leichter Steigerung der Sehnenreflexe; typische, sehr ausgeprägte Hemiataxie bei vollkommener Intaktheit der Sensibilität in allen Qualitäten; Aufhebung der Sensibiliät im Gebiet des linken Trigeminus mit Keratitis neuroparalytica; linksseitige Abducensparese; totale Lähmung des linken Facialis in allen Ästen mit EaR; linksseitige Herabsetzung des Gehörs. Diagnose: Zerebellarerkrankung links. — An diesen Fall knüpft Verf. einige sehr lesenswerte Bemerkungen über die Kleinhirnfunktion und die durch Kleinhirnerkrankung bedingten Störungen und stellt zum Schlusse folgende Sätze als Ergebnis seiner Betrachtungen auf:

1. Es gibt eine direkte zerebellare Hemiplegie, also eine durch halbseitige Erkrankung des Kleinhirns bedingte Herabsetzung der motorischen Kraft einer Körperhälfte.

2. Diese Hemiplegie läßt sich bei genauer Beachtung ihrer symptomatologischen Charaktere streng von der durch Erkrankung der motorischen Großhirn-(Pyramiden-)bahn erzeugten Hemiplegie unterscheiden und für die Diagnose von Kleinhirnerkrankungen verwerten. Sie weist stets auf einen gleichseitigen Sitz des Herdes hin.

3. Sehr häufig tritt bei Kleinhirnerkrankungen eine halbseitige typische Bewegungsataxie der Extremitäten auf, für die das Fehlen der Sensibilitätsstörungen charakteristisch ist.

4. Diese Ataxie ist zurückzuführen auf einen Ausfall derjenigen unbewußt verlaufenden Erregungen, welche von den Innervationsvorgängen der Muskulatur ausgehen, das Kleinhirn passieren und von dort vermittelst der Bindearmbahn als unerläßliche Elemente für die Ausführung koordinierter Bewegungen der motorischen Großhirnrinde zugeleitet werden.

5. Auf die Unterbrechung derselben Kleinhirn-Bindearm-Großhirnbahn ist auch die zerebellare Hemiplegie zu beziehen.

6. Die von Bonhoeffer nachgewiesene Tatsache, daß Störungen der Bindearmbahn der Hemichorea zu Grunde liegen, lassen sich mit der obigen Anschauung sehr gut vereinigen, da Übergangsformen zwischen Chorea und Ataxie in diesen Fällen außerordentlich häufig sind.

Kurt Mendel (Berlin).

Douglas H. Stewart. Thoughts on Fetal Intracranial Hemorrhage.

(New York Medical Journal, 10. Januar 1903.)

Blutungen innerhalb der Schädelhöhle entstehen intra partum infolge des ungleichen Druckes. Während die Wehenkraft einen starken Druck von oben ausübt, fehlt ein entsprechender Gegendruck am vorliegenden Kopfteil und es kommt infolgedessen zu einer vermehrten Spannung in den intrakranialen Gefäßen: von dieser zur Blutung ist nur ein Schritt. Trockene Geburt, lebhafte Wehen und

Digitized by Google

eine um den Hals geschlungene Nabelschnur sind begünstigende Momente.

Der gefährliche Zeitraum liegt zwischen Blasensprung und Eintritt des Kopfes in den Beckeneingang. Daraus ergeben sich Prophylaxe und Therapie: nach vorzeitig abgeflossenem Fruchtwasser warte man nicht auf die langsame Erweiterung der Geburtswege, sondern dilatiere künstlich den Muttermund; um den Wehendruck von oben auszugleichen, empfiehlt sich die Einführung eines Kolpeurynters bis zum vorliegenden Schädelteil. Daneben, sobald es möglich wird, lege man die Zange an und ziehe den Kopf tief ins Becken hinein: sind dann einmal die Schädelknochen untereinander geschoben, so hat man gewonnenes Spiel.

Die stattgefundene Gehirnblutung verrät sich durch folgende Zeichen: eigentümliches konvergierendes klonisches Schielen (häufig); angedeutete Kiefersperre (selten); Zittern oder Rigidität der Zunge, in der Regel mit fehlenden Saugversuchen einhergehend.

Die Prognose ist häufig eine ernste. Leo Jacobi (New York).

C. Jamfirescu, Haemorrhagia cerebralis bei einem 13jährigen Kinde, Meningitis vortäuschend.

(Spitalul 1902 No. 6.)

Der Fall bot während des Lebens das klassische Bild einer Meningitis dar, doch hatte die Lumbalpunktion die Gegenwart zahlreicher roter Blutkörperchen in der Zerebrospinalflüssigkeit gezeigt und so eine Hirnblutung vermuten lassen. Ätiologisch war nichts nachzuweisen. Bei der Nekropsie wurde ein nußgroßer hämorrhagischer Herd gefunden, welcher sich in die Tiefe des rechten Lobulus frontalis erstreckte. Die Blutung dehnte sich auf die äußere Kapsel, den rechten Linsenkern, einen Teil des Corpus striatum aus und gelangte bis in den rechten Seitenventrikel. E. Toff (Braila).

A. Broca. Trépanation pour troubles consécutifs a une fracture ancienne du crane.

(Gazette des Hopiteaux No. 119 S. 1169.)

Der 2jährige Knabe war im Alter von $1^1/_2$ Jahren von einem Pferde geschlagen worden. Die Wunde heilte anfangs sehr gut, nach 14 Tagen stellten sich aber plötzlich Zerebralerscheinungen ein und im Anschluß daran eine doppelseitige Taubheit, ohne daß sich im Ohr Veränderungen fanden. Ferner verlor das Kind die Sprache. Es konnte im Alter von 2 Jahren noch nicht gehen. Am linken Scheitelbein fand sich ein Knochendefekt, die Veränderungen selbst bezieht B. auf eine konsekutive Meningitis. Nach einer Trepanation besserte sich der Zustand erheblich, die Taubstummheit verlor sich aber nicht. Schreiber (Göttingen).


Digitized by Google

Berghinz. Ein Fall von Zerebrospinalmeningitis verursacht durch den Meningococcus intracellularis.

(Rivista di Clinica Pediatrica No. 1, 1903.)

Bericht über einen Fall dieser in Italien ungemein selten vorkommenden Erkrankung. Finder (Berlin).

G. Mya (Florenz). Über die durch den Pfeifferschen Bazillus verursachte fibrino-purulente Zerebrospinalmeningitis.

(Wochenschrift für Kinderheilkunde Dezember, 1902.)

M. hatte Gelegenheit, drei ganz reine Fälle von eitriger, durch den Pfeifferschen Bazillus hervorgebrachter Zerebrospinalmeningitis zu studieren. Zwei davon endeten letal, der dritte mit Genesung. Alle drei betrafen Säuglinge, was beweist, daß das Alter ein zu dieser speziellen Form zerebrospinaler Meningitis prädisponierendes Moment bilden kann. In den zwei Fällen, die auf den Sektionstisch kamen, war die Meningitis von außerordentlich schwerer Form. Sowohl im Gehirn, als im Rückenmark war eine sehr reichliche fibrinös-eitrige Ansammlung, und die meningeale Entzündung war von schweren Veränderungen der Hirnsubstanz (hämorrhagischer Encephalitis in Form von Erweichung) begleitet. Wahrscheinlich fehlten auch im dritten Falle nicht Encephalitiserscheinungen, obwohl in mehr beschränkter, wahrscheinlich bulbärer Form, wie der Anfang des Leidens mit Anzeichen einer vollständigen linksseitigen Facialislähmung und nachbleibender gekreuzter Parese bewies. Solche schwere Veränderungen der Hirnsubstanz sind bei von anderen Mikroorganismen verursachten eitrigen Meningitiden viel seltener, sie scheinen also ein wichtiges Merkmal der durch den Pfeifferschen Bazillus bedingten zu sein. Im ersten Fall war die Meningitis kompliziert durch beiderseitige Bronchopneumonie und linksseitige fibrinös-eitrige Pleuritis, im zweiten durch eitrige Arthritis (eines Schultergelenkes), die dem Ausbruch der Meningitis einige Tage vorausging, im dritten endlich gingen meningitische Erscheinungen voraus, denen nach mehreren Tagen einseitige Otitis und Bronchopneumonie nachfolgte. In diesem Falle schreibt Verf. die Heilung der größeren Widerstandsfähigkeit des Organismus zu; es handelte sich um ein Brustkind aus wohlhabender Familie. Grätzer.

Tavel (Bern). Zur Epidemiologie des Typhus abdominalis.

(Centralblatt f. Bakteriologie 1903 Bd. 33 No. 3.)

Im Oktober 1900 brach in Olten in der Schweiz eine kleine Typhusepidemie aus, welche mehrere Opfer forderte. Die Typhusfälle konzentrierten sich alle in den höheren Quartieren des Ortes und beliefen sich auf einige 20. Die Ursache der Infektion konnte nicht genau ermittelt werden, doch mußte die Wasserleitung schuld sein. Man vermutete, daß bei der starken rückläufigen Strömung, die beim Abstellen der Wasserleitung in den Röhren hervorgebracht

Digitized by Google

wurde, eventuell typhysbazillenhaltiges Material mit eingesaugt worden sein könnte. Die Wasserleitung lief in einem Punkte des Ortes blind aus. Kurz vor dem Schlußzapfen ging aber noch ein kleinkalibriges Rohr in ein einzelnes Haus, in welchem ebenfalls im Oktober 3 Typhusfälle hintereinander vorgekommen waren. Während im ganzen Ort die Epidemie bald erlosch, brach sie in dem genannten Haus im März 1901 von neuem wieder aus. Bei der Nachforschung fand man in dem blinden Rohrstück schlammiges Wasser vor, in welchem im Kubikzentimeter 8000—13000 Keime vorhanden waren. Darunter war Coli, Fluoreszens, Proteus und auch Typhus. Letzterer wurde morphologisch und auch biologisch identifiziert. Die Agglutination mit Serum gelang in einer Verdünnung von 1:1000.

Interessant ist die Tatsache, daß unter gewissen Umständen — in diesem Falle infolge des Stagnierens des Wassers — die Typhusbazillen sich mehrere Monate lebendig, entwicklungsfähig und infektiös erhalten können.

R. O. Neumann (Kiel).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte.

11. Sitzung vom 30. November 1902.

Zu Beginn der Sitzung berichtet Herr Gernsheim (Worms) **über die Versammlungen der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde auf der Naturforscherversammlung zu Karlsbad.**

Sodann demonstriert Herr Selter (Solingen) **einen Fall von Fehlen des Musculus gastrocnemius**, den er durch Überpflanzung der Sehne des Peroneus longus ersetzte. Auch bei der Operation fand sich nur eine Andeutung der Achillessehne am Calcaneus, sonst keine Spur des betreffenden Muskels.

I. Herr Conrads (Essen). Über eine bisher noch nicht gewürdigte Ursache der **„plötzlichen Todesfälle im Kindesalter“**. Angesichts der in den letzten Jahren des öfteren hervorgetretenen Neigung, diese Fälle ohne weiteres auf das Konto des Status lymphaticus zu setzen, verdient jede Beobachtung mitgeteilt zu werden, welche — trotzdem sie bei oberflächlicher Betrachtung unter die genannte Kategorie gehören könnte — dennoch eine andere Todesursache aufdeckte. In dem von C. beobachteten Falle handelte es sich um ein 13 Monate altes rachitisches, pastöses Mädchen, welches seit 9 Monaten an Laryngospasmus litt, der durch Phosphor zwar gebessert, aber niemals ganz beseitigt wurde; beim Erwachen sowie beim Schreien hörte man noch immer den charakteristischen inspiratorischen Laut. Das Kind wurde eines Nachmittags ohne vorhergegangene Krankheit tot in seinem Bettchen aufgefunden, in welches es 2 Stunden vorher gelegt worden war. Die Sektion ergab eine ziemlich große Thymus (11:7:2 cm, Gewicht 29,5 g), die von der Thyreoidea bis fast zur Zwerchfellkuppe herabreichte. Die Trachea seitlich etwas flach gedrückt, so daß ihr Querschnitt etwas verzerrt erscheint; dicht unterhalb des Kehlkopfes ist er noch symmetrisch. In Anbetracht der Anamnese hätte man wohl Tod im laryngospastischen Anfall annehmen können, und doch war die Ursache des Exitus — eine Kohlenoxydvergiftung, wie die (nur infolge eines auffallend hellen Totenfleckes auf der rechten Backe vorgenommene) spektroskopische Untersuchung unzweifelhaft ergab, ebenso die Hoppe-Seylersche Natronprobe. — Für das Zustandekommeu der Vergiftung kann nur ein Petroleumofen verantwortlich gemacht werden, der das kleine Zimmer, in welchem sich zur Zeit keine anderen Menschen aufhielten, heizte. C. behält sich weitere Untersuchungen über diesen Punkt noch vor.

Zur Diskussion: Herr Paffenholz. Zu dem Thema plötzliche Todesfälle gehört ein Fall, der auch ohne Obduktion nicht aufzuklären gewesen wäre. Ein älteres Kind erhält im Streit einen Stoß und stürzt zur Erde, wird tot aufgehoben.

Digitized by Google

Die Obduktion ergab eine Überschwemmung der Bronchien mit flüssigem Eiter; es war ein Bronchialdrüsenabszeß in die untere Trachea perforiert, also das Kind buchstäblich an dem Eiter ertrunken.

Herr Ungar möchte den Zusammenhang plötzlichen Todes, vergrößerter Thymusdrüse und Status lymphaticus nicht so völlig von der Hand weisen, wenn er auch nicht an die rein mechanische Ursache glaubt. Er teilt einen zur gerichtlichen Obduktion gelangten Fall mit, bei dem doch schließlich die lymphatische Konstitution als Ursache des plötzlichen Todes angesehen werden mußte.

Herr Selter bemerkt, daß Richter (Wien) die Annahme plötzlichen Todes infolge vergrößerter Thymus und lymphatischen Habitus an der Hand eines großen Materials sehr unwahrscheinlich gemacht habe. Was sei denn Status lymphaticus?! doch vorläufig ein Begriff ohne pathologische Grundlage, eine Ansicht, welche durch die hier gemachten Mitteilungen nur bestätigt werden.

Herr Gernsheim. Bei der Annahme des sogenannten Status lymphaticus als Todesursache führt man des öfteren auch eine Neigung des Zentralnervensystems an, durch die Herzstillstand hervorgerufen wurde. Ich bin durch die Ausführungen Richters dahin gekommen, den Status lymphaticus an sich für mich ganz aus den Ursachen für die plötzlichen Todesfälle auszuschalten, aber ich kann mich dennoch nicht der Vermutung erwehren, daß durch eine infolge irgend welcher Ursache hervorgerufene passive Hyperämie und Schwellung der Thymus eine Überladung des Blutes mit CO_2 stattfinden und den mittelbaren Anlaß zum mehr oder weniger plötzlichen Tode geben kann.

Herr Cramer. Es ist gewiß von Interesse hier in jedem Einzelfalle die Todesursache exakt festzustellen. Ich möchte zwei einschlägige Fälle erwähnen: Im ersten Falle starb ein bis dahin völlig gesundes Kind plötzlich am Ende der dritten Lebenswoche. Bei der Sektion fand sich eine noch von der spontanen Geburt herrührende sehr ausgebreitete Blutung über beide Hemisphären. Intra vitam waren nie Erscheinungen beobachtet worden, die auf eine Störung des Nervensystems oder Hirndruck schließen ließen. Im zweiten Falle wurde am 14. Lebenstage nachmittags 3 Uhr ein bis dahin ganz gesundes Kind im Bett tot aufgefunden, nachdem es erst um 1 Uhr ganz normal an der Brust getrunken hatte. Bei der Sektion fand sich die Lunge des Kindes beiderseits bis in die feinsten Bronchiolen mit Milch vollgesogen.

Herr Krautwig. Es sind eine ganze Reihe von plötzlichen Todesfällen im Kindesalter und bei Erwachsenen ganz genau bekannt, bei denen eine übergroße Thymus den einzigen, auffälligsten Befund bei der Obduktion bildete. Die Thymus wirkt aber nicht durch Druck tödlich, sie ist nur der Index oder der Begleiter der an sich unbekannten Ursache, welche auch kaum in dem fast preisgegebenen Status lymphaticus zu suchen ist. Jedenfalls ist in jedem Falle noch die unbekannte Todesursache zu erforschen, welche gelegentlich, wie in dem Falle Conrads, in einer CO Intoxikation, häufiger vielleicht in der Summe der respiratorischen Schädlichkeiten besteht (CO_2 u. s. w.), die manchmal auf den Säugling in den dumpfen Wohnungen der Armen einwirken, besonders dann, wenn das Kind sehr nahe der Erde in einem Korbe liegt.

II. Herr Dreher (Düsseldorf). **Behandlung des Keuchhustens mit Chinin. mur. und Aristochin. Einfluß der Impfung auf den Verlauf des Keuchhustens.** Vortr. hat während der letzten Keuchhustenepidemie die Erkrankten, soweit es angängig war, systematisch und genau nach den Binz-Ungarschen Vorschriften mit Chinin. mur. und später mit Aristochin in denselben Dosen behandelt. Was das erstere Präparat angeht, so glaubt er beobachtet zu haben, daß es in allen Fällen sicher gewirkt hat, in denen die Pat. das Alter von 18 Monaten nicht überschritten hatten. Die Zahl der Anfälle und ihre Heftigkeit sank in 6—8 Tagen von 20—25 innerhalb 24 Stunden auf 6—8 herab. Die Dauer der Anfälle, die Reprisen und das Erbrechen ließen gleichzeitig nach. Chinin ist für dieses Lebensalter gewissermaßen ein Spezifikum gegen Pertussis. Ältere Kinder wurden nicht mehr in allen Fällen günstig beeinflußt und zwar um so weniger, als sie von der bezeichneten Altersgrenze entfernt waren. Kindern über 4 Jahren wurde Chinin wegen der Nebenerscheinungen, die bei den nötigen hohen Dosen zu befürchten sind, nicht mehr gegeben, sondern durch Heroin mit leidlichem Ergebnis ersetzt. — Es wurden nur solche Kinder zur Beobachtung verwendet, welche Chinin nicht zurückwiesen und außer an Keuchhusten nicht erkrankt waren. Von Säuglingen wurde Chinin. mur. nur ganz selten verweigert, auch wurde es, erst nach dem

Digitized by Google

Hustenanfalle gereicht, nicht erbrochen. — Wie das Chinin. mur., so bewährte sich auch das Aristochin, welches er in denselben Dosen gab, wie das erstere. Da Aristochin sich in ungenügend saurem Magensaft nicht löst, so wurde bei Säuglingen kurz vor der Darreichung des Pulvers schwache Salzsäurelösung gegeben. Die Erfolge waren recht ermutigend. In den zur Beobachtung gelangten 21 Fällen sanken die Anfälle in 6—8 Tagen bis über die Hälfte der früheren Attacken, so daß der ganze Krankheitsverlauf ein äußerst milder war, wenn auch nicht ganz in demselben Maße, wie bei Chinin. mur. Einen ganz wesentlichen Vorzug vor demselben stellt aber die absolute Geschmacklosigkeit des ersteren dar. Zum Zweck der Darreichung wurde es in etwas Wasser oder Milch aufgeschwemmt oder in geeigneten Fällen in etwas Apfelbrei gemischt und dann gern genommen. Aristochin empfiehlt er bestens zur Nachprüfung, zumal die anderen geschmacklosen Chininpräparate anerkanntermaßen in ihrer Wirkung bei Keuchhusten unsicher sind, ja völlig versagen. — Weiter glaubt D. beobachtet zu haben, daß die Impfung, wenn sie während der Pertussiserkrankung oder kurz vorher vorgenommen war, nicht nur keinen verschlimmernden, sondern sogar einen günstigen Einfluß habe. Die kurz vor der Infektion geimpften Kinder mehrerer an Keuchhusten erkrankten Familien litten alle weniger als ihre Geschwister unter dieser Krankheit. In 4 Fällen, die D. impfte während des Erkranktseins, verlief der Keuchhusten ebenfalls sehr mild. Keuchhustenkranke Kinder brauchen von der Impfung nicht zurückgestellt zu werden.

Zur Diskussion: Herr Gernsheim (Worms) hat von Chinin. mur., Chinin. tannic. und speziell von Euchinin, die er alle drei in relativ großen Dosen (0,2—0,3) bei Kindern unter $1^1/_2$ Jahren gab, sehr gute und fast gleiche Erfolge gesehen, muß aber hinzufügen, daß die die Anfälle mildernde Wirksamkeit beim fortgesetzten Gebrauche nachläßt und man andere Präparate, z. B. Tussol, anwenden muß. Er sah in einer Familie das frisch geimpfte 4jährige Kind heftiger erkranken, als die nicht geimpften Geschwister, Zwillinge von 5 Monaten. Als Beruhigungsmittel empfiehlt er Dionin, er verabreicht es entweder in Lösung für sich oder in Kombination mit einer Kreosotalschüttelmixtur, welch letztere den Schleim gut verflüssigt und das Erbrechen mildert.

Herr Bloch (Köln). Ein eigentliches Heilmittel gibt es bei Keuchhusten nicht. Er erzielte bei den Kölner Epidemien den besten Erfolg mit Codein, das sehr gut ertragen wurde. Chinin hat er sehr häufig und im Gegensatze zu Herrn Dreher gerade bei größeren Kindern angewandt. Er gibt die Schokolade-Chinin-Tabletten (Zimmer), welche genau dosiert sind und gern genommen werden. Er erlebte dabei öfter Chininexantheme, die aber bald ohne Folgen bei Aussetzen des Chinins schwanden, das Chinin konnte nach wenigen Tagen weiter gegeben werden.

Herr Ungar (Bonn) bestätigt den Wert des Aristochins bei der Keuchhustenbehandlung, widerspricht aber der Annahme, daß man bei Kindern, die älter als $1^1/_2$ Jahr, keine Erfolge der Chininbehandlung sehe. Er betont sodann die große Schwierigkeit, an ein abschließendes Urteil über den Wert der Chininbehandlung zu gelangen.

Herr Rey (Aachen) hat von keinem Mittel, weder von den Narkoticis noch vom Chinin in seinen verschiedenen Verbindungen, eine befriedigende Wirkung gesehen. Allen diesen Mitteln fehlt ein Einfluß auf die Dauer der Krankheit, es fehlt die baktericide Wirkung ganz oder fast ganz. In früheren Jahren sah er Besseres vom Kreosot, es kann jedoch nicht in genügend großen Dosen gegeben werden. Seit kurzer Zeit wendet er mit geradezu erstaunlichem Erfolge Thiokol bezw. Sirolin an. Ersteres 4mal täglich 0,3—0,6; letzteres in 24 Stunden vier Teelöffel, die sogar von 5monatlichen Kindern nicht nur vertragen werden, sondern ausgezeichnet auf Allgemeinbefinden und Appetit wirken. Der typische Keuchhusten verschwand innerhalb 14 Tagen vollständig, eine Wirkung, die kein anderes Mittel aufweisen kann. Hohe Dosen sind allerdings notwendig, werden aber ausgezeichnet vertragen. Dem Guajakol in diesen Präparaten kommt direkt bakterizide Wirkung zu, woher auch die enorme Abkürzung der Krankheitsdauer.

Herr Dreher (Schlußwort) sah von den vielen existierenden Keuchhustenmitteln, soweit er sie versucht, viel weniger und seltener gute Erfolge wie vom Chinin. Die Altersgrenze wurde natürlich rein empirisch genommen. Vor Narkoticis glaubt er besonders bei älteren Kindern warnen zu sollen, das sie den Pat. unfähig machen, gegen die Anfälle anzukämpfen. Keuchhusten der Er-

Digitized by Google

wachsenen ist jedenfalls recht selten, vielfach sind es Verwechslungen mit Bronchitiden, die bei der Pflege der Kinder akquiriert werden.

III. Herr Ungar (Bonn) demonstriert einen von ihm vor längerer Zeit bereits konstruierten **Apparat zur pneumatischen Behandlung der Rachitis**, speziell des rachitischen Thorax. Durch elektromagnetische Kontakte öffnen bezw. schließen sich der Respirationsbewegung des Kindes entsprechend zwei Klappen, durch welche einerseits komprimierte Luft von selbst zugeführt, andererseits die Exspirationsluft von selbst entweicht, ohne daß eine sonstige Hilfe notwendig wird.

IV. Herr Paffenholz (Düsseldorf). a) **Bromoformintoxikation.** In Fällen, wo Chinin nicht genommen oder erbrochen wurde, hat P. manchmal mit eklatantem Erfolge Bromoform gegeben und zwar bisher immer in der am meisten empfohlenen Form 10,0 g in einem Tropffläschen mit den nötigen Anweisungen zur Vorsicht beim Aufbewahren. Trotz letzterer erlebte er im letzten halben Jahre zwei Intoxikationsfälle, weil die Kinder von der aromatisch duftenden Medizin genascht hatten. Die beiden Fälle unterscheiden sich in der Symptomatologie nicht von den in der Literatur gefundenen 10—15 anderen. In beiden sehr bedrohliche Erscheinungen: Koma, schwacher bezw. unfühlbarer Puls, kalte Extremitäten, oberflächliche Atmung. Durch möglichst schnelle Magenausspülung und sehr energische Exzitation mit Kampherinjektionen und Wärme gelang es, beide Kinder am Leben zu erhalten. Menge des genossenen Bromoform ließ sich nicht feststellen. In dem einen Falle trat die Wirkung plötzlich, blitzartig ein, in den anderen, wo die Menge geringer war, allmählich unter langsamem Einschlafen und Erkalten. Erst der Umstand, daß das Kind nicht zu wecken war, brachte die Eltern auf den Gedanken, daß der Schlaf kein natürlicher sei. P. wurde erst 5 Stunden nach Genuß des Bromoform gerufen. Von Interesse in diesem Falle ist noch, daß die Mutter den andern Vergiftungsfall durch P. kannte und trotzdem die gewöhnlichste Vorsicht außer acht ließ.

Zur Diskussion: Herr Bloch erwähnt einen Fall akuter und einen chronischer Bromoformvergiftung.

1. $^1/_4$ Jahr altes Brustkind, Pertussis ohne Komplikation, erhielt von Kollegen 3mal täglich 2 Tropfen. Die Eltern gaben aber viel mehr und B. traf das Kind in tiefem Koma, starke Cyanose, Kälte, Puls klein, kaum fühlbar, starkes Rascheln über den Lungen (Ödem!), starke Speichelsekretion. Kampfer und Senfbad konnten den Tod nicht verhindern.

2. Ein 5jähriger Junge erhielt vom Arzte längere Zeit Bromoform, zeigte, als B. zugezogen wurde, Schläfrigkeit, Mattigkeit und etwas träge Pupillenreaktion. Nach Aussetzen von Bromoform Besserung.

Herr Ungar macht auf die chronische Bromoformintoxikation aufmerksam, die zu einer hochgradigen fettigen Degeneration führen könne.

Herr Selter sah auf Bromoform einen 24stündigen Schlaf folgen, einen anderen mit Erbrechen, Durchfall, großer Leber erkranken.

Herr Paffenholz (Schlußwort). Der Fall des Herrn Bloch ist also auch durch Mißbrauch des Mittels, nicht durch die Medikation an sich entstanden. Der Fall von Herrn Selter ist nicht als akute Bromoformvergiftung aufzufassen, da Diarrhöen, Leber- und Milzschwellung nicht dazu passen. Als Prophylaxe ist angegeben worden, nur 3—5 g zu verordnen oder das Mittel mit anderen zu mischen (Bilz), so daß die verlockenden Eigenschaften verdeckt werden, z. B. Bromoform, Spir. rectif, Glyzerin āā 5,0 Ol. Menth. pip. gtt. I. Tinct. vanill. gutt. III. (Münchener med. Wochenschrift 1898 No. 38.)

b) **Phosphorvergiftung.** Ein Kind von 20 Monaten spielte gewohnheitsmäßig mit Streichhölzern und einmal auch mit sogenannten Vulkanhölzern, die an jeder Reibfläche sich entzünden und viel Phosphor enthalten. Von einigen dieser Hölzer leckte es die Köpfe ab, genauere Angaben über die Menge waren nicht zu gewinnen. Erst am dritten bis vierten Tage zeigten sich die ersten Erscheinungen der Vergiftung: fehlender Appetit, Unruhe, schmerzhaftes Abdomen, einmal Erbrechen. Es entwickelte sich allmählich Ikterus der Konjunktiven und der Haut des Gesichtes. Am siebenten Tage war das Gelbwerden des Gesichtes am deutlichsten und jetzt trat Erbrechen brauner, schleimiger Massen ein, und jetzt erst wurde P. gerufen. Es bestand noch Ikterus, aber nach Angabe der Eltern geringer als tags zuvor, Leber geschwollen mit schmerzhaftem Rand und der ganzen Lebergegend, Magenblutungen, herabgesetzte Temperatur, kleiner Puls, Anorexie, Harn

Digitized by Google

ohne Albumen. Als Antidot wurde Ol. terebrinth. gegeben mit den bekannten anderen Maßregeln (Verbot der Fette u. s. w.). Das Kind genas langsam wieder. Bemerkenswert ist die zeitliche Aufeinanderfolge der Symptome.

Zur Diskussion: Herr Conrads erwähnt einen Fall aus seiner Praxis, der dadurch bemerkenswert ist, daß keine Phosphorvergiftung auftrat, trotzdem das Kind in 6 Tagen infolge Verwechslung zweier Signaturen in der Apotheke 2 cg Phosphor (in Lebertran) erhalten hatte. Das einzige, was bei dem 9 Monate alten, leidlich genährten, rachitischen Kinde in den Tagen beobachtet wurde, war eine auffallende Blässe.

V. Herr Gernsheim (Worms) demonstriert mikroskopische Präparate eines über kindskopfgroßen glattwandigen Tumors, der schnell wachsend im linken Hypochondrium eines $2^1/_2$jährigen Mädchens unbedeckt von Darm bei vollständig normalem Urin eine Geschwulst der Milz vorgetäuscht hatte, bei der Sektion sich aber als von der linken Niere ausgehend erwies. Die mikroskopische Untersuchung ergab dann ein kleinzelliges Rundzellensarkom, das Metastasen im Mesenterium, in der linken Pleura und in der Gegend des rechten Jochbeines gemacht hatte.

Zur Diskussion: Herr Conrads erwähnt einen Fall von Bauchgeschwulst bei einem 5monatlichen Kinde, welches er wegen der enormen Größe des Tumors laparotomierte. Dabei stellte sich heraus, daß der Tumor nichts anderes war, als die infolge angeborener Atresie der Vagina kolossal (bis zu ca. 300 ccm Inhalt) ausgedehnte Scheide. Der Fall ist bisher ein Unikum. J. G. Rey (Aachen).

Riunione della Sezione Napoletana della Societa italiana di Pediatria.

(Neapel, 20. Dezember 1902.)

Cozzolino: Laennecsche **Lebercirrhose bei einem 8jährigen Mädchen.** Das Kind hatte vor einem Jahr die Pocken überstanden. Es bestand Leberschrumpfung, Milztumor, Ascites.

Concetti: **Über einen Fall von akuter inselförmiger Encephalo-Myelitis, die zum Bild der multiplen Sklerose führte bei einem 3jährigen Knaben.** Heilung.

Redner setzt ausführlich seinen öfters vertretenen Standpunkt auseinander, wonach die meisten das Nervensystem betreffenden Erkrankungen des Kindesalters unter einem und demselben ätiologischen Gesichtspunkt betrachtet werden müssen und daß am häufigsten das toxische Agens in dem Verdauungskanal seinen Ursprung hat. Im vorliegenden Fall waren Gehirn und Rückenmark herdweise befallen, dagegen nicht die Meningen. Der Knabe war einen Monat lang in der Klinik, wurde zuerst mit mehrmals täglich wiederholten heißen Bädern, mit Kalomel und Eisblase auf Kopf und längs des Rückens, Einreibungen mit Merkurialsalbe an den Schläfen und längs der Wirbelsäule, sowie mit Lumbalpunktionen behandelt.

Durante: **Der Tremor der Kinder.** Redner glaubt, daß in seinem Fall es sich um eine vorübergehende Einwirkung toxischen, aus dem Intestinaltraktus stammender Agentien auf die Nervenelemente handelte.

Fede: **Über das toxämische Ödem der Kinder.** Demonstration zweier Kinder von 3 und $^1/_2$ Jahr, Geschwister, mit allgemeiner Anasarka. Die wiederholte Untersuchung des Urins hat nicht das geringste Anzeichen dafür gegeben, daß eine Nierenerkrankung vorliegt. Es ist keine Infektionskrankheit vorausgegangen. Dagegen litten sie stets infolge unzweckmäßiger Ernährung an Darmstörungen. Redner nimmt einen ätiologischen Zusammenhang zwischen letzterem und dem Ödem an, indem er an eine Toxämie intestinalen Ursprungs glaubt.

Valagussa: **Über die Wirkung einiger Antidiphtheriesera.** Redner hat bei einer Prüfung des Serums aus dem Institut Pasteur nach der neuen Methode Ehrlichs gefunden, daß der wirkliche antitoxische Wert fast nie übereinstimmte mit dem angegebenen Wert.

Fede und Finizio: **Untersuchungen über den Wert der Salzsäure und Milchsäure für die Verdauung der verschiedenen Kaseine.** Das Optimum der Wirkung beider Säuren ist nach den verschiedenen Kaseinsorten verschieden und zwar so, daß

Digitized by Google

Eselin- und Frauenmilch sich annährend gleich verhalten, dann folgt Ziegen-, sodann Kuhmilch.

Recchi: **Beitrag zur Behandlung der infantilen Anaemia splenica.** R. hat in 3 Fällen mit zufriedenstellendem Erfolg subkutane Injektionen im Natr. methylarsen. gemacht.

Cozzolino: **Lobäre Pneumonie bei einem Kinde mit ektopischem Schmerz am Appendix.**

Gallo: **Die Kindersterblichkeit in Neapel.** Sie ist größer, als in allen anderen italienischen Städten und bedingt vor allem durch die zahlreichen Erkrankungen des Verdauungsapparats.

Durante: **Der Einfluß der Injektionen von normalem Serum auf die experimentellen Infektionen mit Bact. coli.** Während die Kontrolltiere, die mit tödlichen Dosen einer Bouillonkultur von Bact. coli infiziert wurden, zu Grunde gingen, blieben die nachher mit normalem Kaninchenserum behandelten am Leben.

Valagussa: **Modifikationen am Intubationsinstrumentarium.**

Giordani: **Untersuchungen über Tuberkulose der Lymphdrüsen.** Knabe, mit Tumoren am Halse, die den Eindruck von Lymphomen machen; die histologische Untersuchung einer exstirpierten Geschwulst ergab, daß es sich um Tuberkulose handelte.

Filia: **Über Fermente in der Milch von Frauen, deren Säuglinge dyspeptisch sind.** Verf. hat zwischen der Milch solcher Frauen, deren Säuglinge gesund sind, und der solcher, deren Säuglinge dyspeptisch sind, keinen Unterschied gefunden und folgert daraus, daß die Dyspepsie bei letzteren nicht die Folge des Fehlens von Fermenten sein kann. Er schreibt sie vielmehr einer verminderten Aktivität des eiweißlösenden Enzyms zu, welches vom Pankreas der Säuglinge selbst geliefert wird; denn, wenn er den Müttern Pankreatin gab, wurde die Dyspepsie gebessert.

Finder (Berlin).

Chirurgische Sektion des königlich ungarischen Vereines der Ärzte.

Sitzung vom 11. XII. 1902.

(Originalbericht.)

H. Alapi demonstriert einen nach Maydl operierten Fall von Ektopie der Harnblase. Der 13jährige Knabe entleert alle 5—6 Stunden den Harn, der eiweißfrei in normaler Quantität abgesondert wird. Keine Spur von Proctitis. Die Implantation der Harnleiter in der Flexura sigmoidea ist nach A. die einzig empfehlenswerte Art des operativen Eingriffes, da hierdurch Continenz des Harns gesichert und die Operation in einer Sitzung durchführbar ist. Die früher geübten plastischen Eingriffe sind veraltet und haben heute nur mehr historischen Wert.

E. Deutsch (Budapest).

III. Neue Bücher.

Friedrich Luithlen. **Die Zellgewebsverhärtungen der Neugeborenen.** Verlag von A. Hölder in Wien. Preis Mk. 3,20.

In der Literatur herrschte bisher große Verwirrung betreffs der Begriffe Sclerema ödematosum, adiposum, Sklerodermie; diese Affektionen wurden sehr oft miteinander verwechselt und zusammengeworfen. L. hat sich der schwierigen Aufgabe unterzogen, die gesamte vorliegende Literatur durchzuarbeiten, um zur richtigen Auffassung und Deutung der betreffenden Fragen zu gelangen. Eigene Erfahrungen, gemacht in der niederösterreichischen Landes-Findelanstalt, wurden zur Unterstützung herangezogen und die Resultate in obengenannter monographischen Studie niedergelegt. Dieselbe bietet viel des Interessanten und Lehrreichen, zumal es der Autor versteht, seinen Stoff in fesselnder Darstellung dem Leser zu unterbreiten und stets die nötige Präzision hervortreten zu lassen.

Grätzer.


Digitized by Google

Neue Dissertationen.

Banzhaf, Richard. 3 Fälle von familiärer und hereditärer zerebraler Lähmung im Kindesalter. (Tübingen, Januar 1903.)

Behr, Sally. Beitrag zur Kasuistik der aus angeborenen Melanosen des Auges hervorgehenden Tumoren. (Heidelberg, Januar 1903.)

Dentler, Wilhelm. Über kongenitale Tumoren der Schilddrüse nebst einem neuen Fall (Cysto-Adeno-Chondro-Sarkom). (München, Januar 1903.)

Engel. Hans. Über kongenitale Ankylosen an den Gelenken der Hände und Füße. (Berlin 1902.)

Gruber, Hans. Über paralytische Skoliosen im Anschluß an spinale Kinderlähmung. (Würzburg, Januar 1903.)

Herzberger, Wilhelm. Über kongenitale cystische Entartung des Pankreas. (Giessen, Januar 1903.)

Laengner, Hans. Die angeborenen Geschwülste der Steißbeingegend und des Beckenbindegewebes, unter Verwendung von Fällen des k. klinischen Instituts für Chirurgie. (Berlin 1902.)

Lehmann, Ottmar. Über akute Osteomyelitis im Säuglingsalter. (Heidelberg, Januar 1903.)

Meyer, Erich. Der Eiweißgehalt der Frauenmilch. (Berlin 1902.)

Michelmann, Reinhold. Fötale Harnblasendilatation als Geburtshindernis. (Berlin 1902.)

Rosenthal, Max. 4 Brüder mit Thomsenscher Krankheit (Myotonia congenita). (Berlin 1902.)

Simonsohn, Alfred. Pylorusstenose bei Neugeborenen. (Greifswald, Januar 1903.)

Todt, Karl. Akute gelbe Leberatrophie in kindlichen Lebensalter. (Berlin, Januar 1903.)

Wichura, Max. 2 Fälle von Anencephalie. (Berlin 1902.)

IV. Monats-Chronik.

Der 2. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie wird ebenso wie der Chirurgenkongreß in der Pfingstwoche, am Dienstag den 2. Juni im Hörsaal der k. chirurgischen Klinik (Ziegelstraße 7—9) zu Berlin abgehalten werden. Die Eröffnung des Kongresses wird vormittags 9 Uhr stattfinden.

Als Themata, die zur Besprechung kommen sollen, sind die Sehnenplastik (Referent Herr Vulpius - Heidelberg) und die Coxa vara (Referent Herr Joachimsthal-Berlin) ausersehen. Willkommen werden für die Diskussion namentlich Beiträge sein, welche sich auf die Technik der Sehnenplastik und die Ätiologie der Coxa vara beziehen.

Vorträge und Mitteilungen sind möglichst bald bei Herrn Prof. Dr. Joachimsthal, Berlin W., Magdeburgerstraße 36 anzumelden. Vorzustellende, von auswärts kommende Kranke finden Aufnahme in der k. chirurgischen Klinik Sr. Exzellenz des Herrn Geh. Rat Prof. Dr. v. Bergmann (Ziegelstr. 5—7).

Zur Schulbankfrage hat die Königliche Regierung zu Magdeburg (nach dem Preuß. Volksschularchiv 1902, S. 184) folgende Verfügung vom 5. Februar d. J. an die Lokalschulbehörden erlassen:

„Von den Kreisärzten werden an Stelle der vielfach üblichen Bänke mit Plusdistanz aus gesundheitlichen Rücksichten Bänke mit Minusdistanz, d, h. solche, bei denen die Pultplatte die Sitzbank überdeckt — gefordert. Die vielsitzigen festen Bänke dieser Art haben den Mangel, daß der aufgerufene Schüler innerhalb der Bank nicht aufstehen kann. Durch den Ministerialerlaß vom 11. April 1888 sind deshalb bereits neben Bänken mit beweglicher Sitzplatte die festen zweisitzigen Bänke für solche Fälle empfohlen, in denen die vorhandenen Mittel und der verfügbare Raum ihre Anwendung gestatten."

„Seitdem durch die Anordnung der zweisitzigen „Landschulbank" nach Rettig's System nicht mehr Schulzimmerfläche erfordert wird, als durch die

Digitized by Google

mehrsitzige Bank, und auch der Preis nicht erheblich höher ist als bei älteren Banksystemen, wird für Neubeschaffungen in erster Linie die „Rettigbank“ in Frage kommen. Die Bank hat keinerlei bewegliche Teile und zeigt eine feste Minusdistanz. Der Schüler kann in der Bank nicht aufstehen, kann aber ohne Störung des Nachbars und ohne Geräusch aus ihr heraustreten. Der Lehrer kann an jeden einzelnen Schüler herantreten.“

„Die gesundheitlichen Forderungen werden erfüllt durch die eine gute Körperhaltung veranlassende Ausbildung von Bank und Lehne, durch das Vorhandensein eines gerillten Fußbrettes, wodurch die Abkühlung der Füße und die Bildung und Aufwirbelung von Staub verhütet wird, und endlich dadurch, daß nach dem Aufklappen der drehbar am Fußboden befestigten Bänke auch unter denselben leicht und gründlich gereinigt werden kann. Als wirtschaftlicher Vorteil der Rettigbank kommt neben den geringen Unterhaltungskosten in Betracht, daß sie von jedem einheimischen Tischler gefertigt werden kann, da die das Patent ausnutzende Firma P. Joh. Müller & Co, Berlin SW. 46 sich nur die Lieferung der Eisenteile vorbehält und bereit ist, nach Einsendung der Grundrißskizzen der Schulzimmer Platzverteilungspläne, Werkzeichnungen in natürlicher Größe und Verdingungsbedingungen kostenfrei zu liefern.“

„Die Schulaufsichtsbeamten und Schulvorstände machen wir auf die Benutzung dieses Angebotes und auf die Einführung der „Rettig'schen Land-Schulbank“ ihrer gesundheitlichen Vorzüge wegen aufmerksam. Wo die örtlichen Verhältnisse es fordern, daß auch ferner die wenigen guten mehrsitzigen festen Bänke mit Plusdistanz angeschafft werden, ist dahin zu wirken, daß Musterzeichnungen von der Königlichen Regierung erbeten werden.“

Schulbücherdesinfektion. Die nordamerikanischen Freistaaten marschieren zur Zeit an der Spitze der Hygiene. Die Gesundheitsbehörde des amerikanischen Staates New Jersey hat zu Desinfektionszwecken von Büchern, Kindergartengeräten und anderen Gegenständen ein Versuchskabinet eingerichtet, das für die Zöglinge der öffentlichen Schulen bestimmt ist. Das Kabinet besteht aus Holz, hat einen Raumgehalt von 24 Kubikfuß und läßt sich dicht verschließen. Zur Desinfektion dient Formaldehyd. Damit das Gas genügend in die Gegenstände eindringen kann, werden die Bücher aufrecht und weit geöffnet aufgestellt. Jeden Tag werden nach Schulschluß die von den Kindern benutzten Gegenstände in das Kabinet gebracht und dort der Desinfektion unterworfen; am nächsten Morgen finden die Schüler ihre Gegenstände desinfiziert vor. Vom Geruch ist nichts zu merken, weder an den Büchern noch Federn, nur am Zeug haftet er länger. Das Verfahren erwies sich nach sorgfältiger Prüfung als wirksam, so daß die Bücher vollkommen keimfrei werden. („Allgem. Wiener med. Ztg.“)

Gratismilchinstitution Budapest. Seit Bestand dieser Institution (1901 16. XI.) wurden bis zum 1. März laufenden Jahres 565230 Portionen (141308 Liter) 3,5% Fett enthaltende pasteurisierte und 120280 Flaschen (24056 Liter) Székely-Milch und 234000 Semmeln verteilt. Seit dem 1. VII. des Jahres 1902 besteht in Verbindung mit dieser Anstalt, eine unter der Leitung unseres Mitarbeiters Dr. Ernö Deutsch stehendes Säuglingsordinationsinstitut, das zugleich als Zentralstelle für Erprobung verschiedener Nähr- und Heilpräparate dient. Vom 1. VII. 1901 bis 1. III. 1903 besuchten 1450 Säuglinge das Institut. Außer den Säuglingen erhalten auf Anordnung des Institutsarztes oder auf Anweisung anderer Ärzte kranke Kinder täglich einen Liter Milch ins Haus gestellt. Für hungernde Schulkinder wird Frühstück und Jause an Ort und Stelle verteilt. Solche Mütter, die ihre Kinder zu stillen fähig sind, bekommen täglich einen Liter Milch zum Selbstgebrauch, außerdem Anweisungen zur Volksküche. Die Säuglinge werden wöchentlich gewogen und den Müttern Anleitung in der Kinderhygiene erteilt. Auf 1450 Säuglinge verzeichnet das Institut 46 Sterbefälle.

Personalien: Zu Professoren ernannt: Privatdoz. Dr. **A. Tobeitz** in Graz, Dr. **H. R. Pinilla** in Salamanca. Dr. **C. Garica del Real y Alvarez** in Santagio.
Habilitiert: Dr. **A. Villa** in Rom für Kinderheilkunde.
Gestorben: Dr. **D. Cervesato**, Professor der pädiatrischen Klinik zu Bologna.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. C. Berliner (Aachen), Dr. Ernst Deutsch (Budapest), Dr. Albr. Dworetzky (Moskau), Dr. E. Enslin (Erlangen), Direktor Dr. Eschle (Sinsheim), Prof. Dr. Eversbusch (München), Dr. G. Finder (Charlottenburg), Dr. E. Flatau (Warschau), Priv.-Doz. Dr. R. Hecker (München), Dr. Leo Jacobi (New York), Prof. Dr. Joachimsthal (Berlin), Dr. Max Joseph (Berlin), Dr. G. Krebs (Hildesheim), Dr. P. Maas (Aachen), Dr. K. Mendel (Berlin), Dr. Adolph H. Meyer (Kopenhagen), Dr. Plantenga (Haag), Dr. Carl Schade (Göttingen), Priv.-Doz. Dr. E. Schreiber (Göttingen), Dr. Schridde (Erlangen), Priv.-Doz. Dr. H. Starck (Heidelberg), Dr. Szymanowski (Warschau), Dr. E. Toff (Braila, Rumänien), Prof. Dr. Vulpius (Heidelberg), Dr. H. Walbaum (Kiel), Priv.-Doz. Dr. Ziegenspeck (München) u. A.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

prakt. Arzt in Sprottau.

VIII. Jahrgang. Mai 1903. Nr. 5.

Inhalt.

I. Referate.






Digitized by Google



chemische Fabrik — Darmstadt.

Bromipin

Ind.: Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, Chorea, epileptische Dämmerzustände.

Rp.: Bromipin 10% 100 g.
D. S. 2—3mal täglich 1 Theelöffel voll in obergähr. Bier oder heißer Milch.

Stypticin

Ind.: Blutungen im Klimakterium, menstruale Blutungen, Menorrhagien etc.

Rp.: Tablettar. Stypticin No. 40 à 0,05 g.
D. S. Täglich 3—5—8 Tabletten zu nehmen.

Dionin

Ind.: Asthma, Emphysem, Bronchitis, Phthisis pulmon., Tracheïtis, Pertussis, Schmerzzustände (Gastralgie, Ischias, Ovaralgie, Oophoritis, Ulcus ventriculi), Asomnie, Abstinenzkur, Keratitis, Chorioiditis, Bulbusoperationen.

Rp.: Dionin 0,3,
Aq. amygd. amar. 15,0.
M. D. S. 3mal täglich 10; Abends 20 Tropfen.

Rp.: Dionin 0,04,
Ol. Cacao 2,00.
M. f. lege art. supp. d. t. dos. 10.
S. Täglich 1 bis mehrere Zäpfchen zu gebrauchen.

Rp.: Dionin 0,5,
Aq. dest. 20,0.
M. f. sol. steril.
S. Zu subkutanen Injektionen.

Dionin wird für die Kinderpraxis aufs Wärmste empfohlen.

Litteratur gratis und franko.

Digitized by Google

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

III. Kleine Mitteilungen. — IV. Monats-Chronik.

Dr. R. PLÖNNIS'

Haematin-Eiweiss

enthält 0,4 % Eisen und 0,9 % Lecithin in organischer Verbindung mit circa 90 % Eiweiss. Es hat somit die Zusammensetzung der roten Blutkörperchen, wird leicht vertragen, völlig assimiliert und ist in Tablettenform bequem zu nehmen.

Haematin-Eiweiss-Chocolade enthält 25 % Dr. R. Plönnis' Haematin-Eiweiß. Feinste Chocoladenmasse, vorzüglich im Geschmack und bequem zu nehmen.

Dr. R. PLÖNNIS'



ist nach d. Untersuch. des Herrn Dr. med. et phil. R. O. Neumann, Privatdoz. u. 1. Assist. im hygien. Inst. zu Kiel, das am günstigsten vom Organismus verwertete aller bisher bekannter Eiweißpräparate. Leicht verdaulich, kann ohne Beschwerden in größ. Mengen genommen werden u. ist das beste Kräftigungsmittel f. Kranke u. Rekonvaleszenten.

Myogen-Cakes enthaltend 25 % Dr. R. Plönnis' Myogen sind n. d. Untersuchungen d. Herrn Dr. med. et phil. R. O. Neumann, Priv.-Doz. u. 1. Assist. im hygien. Inst. zu Kiel, ein Nahrungsmittel in konzentriertester Form, das im Eiweissgehalt dem Fleisch, im Kohlehydratgehalt dem Brot und im Fettgehalt dem besten Gebäck gleichsteht und in größeren Mengen genommen werden kann.

Milcheiweiss-Biskuits enthalten ca. 40 % Dr. R. Plönnis' Milcheiweiß.

Zu haben in allen Apotheken, Drogenhandlungen etc. und bei der

Internationalen Heil- u. Nährmittel-Compagnie, G. m. b. H., Leipzig.

Digitized by Google

Von Autoritäten der Kinderheilkunde und tausenden von Aerzten empfohlen.
Im Gebrauch der grössten Kinderhospitäler Deutschlands, Oesterreich-Ungarns etc.



Beste Nahrung für gesunde und darmkranke Kinder.

Kufeke's Kindermehl als Zusatz zur Milch ersetzt am besten die **Muttermilch.** Die Kinder gedeihen vorzüglich dabei und leiden nicht an **Verdauungsstörungen.**

Kufekemehl ist besonders in den Sommermonaten unentbehrlich und kommt bei Brechdurchfall, Darmkatarrh, Diarrhoe etc. als Bestes in Anwendung.



Aerztliche Litteratur, sowie Proben offer. den Herren Aerzten kostenfrei.

R. Kufeke, Bergedorf-Hamburg und Wien I.

Tanocol

Vorzügliches Mittel gegen Diarrhoen der Kinder.
Geschmacklos — Unschädlich.

Tanocol-Chokolade-Tabletten

Reiner Chokoladen-Geschmack. Cartons à 20 St. à 1/4 gr Tanocol.

Resorbin-Crême	Peruol	Bromocoll
Vorzügliches Kosmetikum bei Wundsein der Kinder durch Nässe, bei Verbrennungen, gegen Frost, Risse, spröde Haut etc.	Erprobt gegen Krätze. Riecht nicht. Schmutzt nicht. Reizlos für die Haut. **Peruol-Seife 40 %** Zur Verhütung der Ansteckung und zur Nachbehandlung bei Krätze.	Äußerlich als Salbe, Streupulver, Lösung und Seife gegen Hautjucken aller Art.

Aktien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation
Pharmac. Abtg. Berlin S.O. 30

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

VIII. Jahrgang. | 1. Mai 1903. | No. 5.

I. Referate.

O. Vulpius. Die deutsche Orthopädie im Jahre 1902.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 5.)

Ganz kurzer, übersichtlicher Bericht mit Literaturangabe.

Grätzer.

Oskar Vulpius. Über die Arthrodese des paralytischen Schlottergelenkes der Schulter.

(Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 69 Heft 1 u. 2 S. 117.)

V. hatte in 6 Fällen Gelegenheit, wegen paralytischen Schlottergelenkes die Schulterarthrodese auszuführen und vier von den Pat. Jahre hindurch zu beobachten. Er zieht den Längsschnitt der queren Inzision vor, schon weil er die in Betracht kommenden Knochenflächen besser zu Gesicht bringt und ihre Vereinigung durch die Naht erleichtert. Zur Verödung trägt die Exstirpation der Gelenkkapsel in ihren leicht zugänglichen Teilen, im übrigen ihre Wundmachung mit dem scharfen Löffel sicherlich bei. Den nächsten Akt bildet die Anfrischung der Gelenkknorpel. Der luxierte Kopf wird mit dem Messer leicht allseitig abgeschält; zweckmäßig wird durch Einkerbungen oder Rinnen an einzelnen Stellen der Knochen entblößt. Aus der Pfanne läßt sich der gesamte Knorpelüberzug mit dem Löffel herausholen, ebenso wird die Unterfläche des Akromions und eventuell auch die Spitze des Coracoid abgeschabt. Zwei im Kopf sich kreuzende Silberdrähte werden dann durch das Akromion bezw. die Cavitas glenoidalis oder das Coracoid gelegt und festgedreht, während der Arm vom Assistenten in mäßiger Abduktion, leichter Innenrotation und deutlicher Hebung nach vorn gehalten wird. Durch die Fixierung des Armes in dieser Stellung wird selbstverständlich die Elevation desselben begünstigt, speziell die Innenrotation erleichtert, später die Führung der Hand zum Munde. Die Ruhigstellung des Armes während der Heilung geschieht am zweckmäßigsten im Gipsverband, der Arm und Schulter der operierten Seite sowie den Brustkorb umgreift, den Ellbogen in rechtwinkliger Stellung stützt. —

Die Fixationsperiode soll keinesfalls unter 10 Wochen, besser 3 Monate betragen und dann noch verlängert werden durch die Anlegung eines Hülsenapperates von ähnlichem Umfang, wie ihn der Gipsverband besaß. Dieser Apparat wird auf einem Gipsabguß aus Leder gewalkt, in der gesundseitigen Achselhöhle und an der Innen-

Digitized by Google

seite des Armes geschnürt. Er wird nur zur Vornahme von Massage und Gymnastik abgenommen, im übrigen noch 2—3 Monate getragen, bis die solide Ankylosierung als definitiv zu erachten ist. —

Nach V.s Ausführungen und Erfahrungen stellt sich die Arthrodese als das Normalverfahren bei einer Monoplegie der Schulter dar. Mit ihren Erfolgen kann sich die Leistung eines orthopädischen Apparates keinesfalls messen. Joachimsthal (Berlin).

E. Scheffler. Beitrag zur Behandlung des Pes calcaneus paralyticus.

(Aus der Schanzschen orthop. Heilanstalt in Dresden.)

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1903 No. 12.)

Der Fall illustriert besonders die Überlegenheit der Sehnentransplantation gegenüber der Arthrodese. Das 13jährige Kind hat angeblich im ersten Lebensjahre die Lähmung beider Unterschenkel akquiriert. Eine im fünften Lebensjahre ausgeführte beiderseitige Arthrodesenoperation hatte gar keinen Erfolg, namentlich der linke Fuß bildete einen hochgradig veränderten Hackenfuß. Die jetzt ausgeführte Sehnentransplantation brachte vollen Erfolg, was um so bemerkenswerter ist, als zum Ersatze des Gastrocnemius und Soleus nur ein brauchbarer Muskel zur Verfügung stand: der Flex. halluc. Die Befürchtung, daß dieser sich als nicht ausreichend zum Ersatz der starken Wadenmuskulatur erweisen oder gedehnt werden würde, war unnütz: der Muskel korrigiert sehr gut die Deformität. Zum Teil ist dies Resultat wohl dem Umstande zuzuschreiben, daß der überpflanzte Muskel mehrmals in die Sehne des zu verstärkenden Muskels durchflochten und mit Draht vernäht wurde, und daß bei der Nachbehandlung der Fuß nur ganz allmählich aus der anfänglichen extremen Spitzfußstellung herausgebracht wurde. Grätzer.

H. Tillmanns. Über die Entstehung und Behandlung der spondylitischen Lähmungen.

(Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 69 Heft 1 u. 2 S. 134.)

T. hat in den Jahren 1895—1902 11 Laminektomien wegen spondylitischer Lähmung bei Kindern im Alter von $1^3/_4$—14 Jahren ausgeführt. Sämtliche Kranke überstanden den operativen Eingriff ohne Schaden, die Operationswunde heilte stets reaktionslos. Die tuberkulöse Spondylitis bestand zur Zeit der Aufnahme der Kranken in die Klinik in 3 Fällen seit 4—6 Monaten, in einem Fall seit $1^1/_4$ Jahr, in 6 Fällen seit 2—3 Jahren und in einem Fall seit 8 Jahren. Die Lähmung bestand am Tage der Aufnahme der Pat. in die Klinik in 3 Fällen seit etwa 4 Wochen, in einem Fall seit 6 Wochen, in 2 Fällen seit $2^1/_2$—3 Monaten, in 2 Fällen seit 4 Monaten, in einem Fall seit 9 Monaten und in 2 Fällen seit 1—$1^3/_4$ Jahren. In allen Fällen war die spondylitische Lähmung schon ohne Erfolg unblutig behandelt worden.

Digitized by Google

Erfolgreich war die Laminektomie in den 11 Fällen bei 10 Pat., erfolglos nur in einem Fall. Die Dauererfolge sind aber ungünstig. Von den 10 1895—1902 operierten teils gebesserten, teils geheilten Pat. leben zur Zeit der Publikation nur noch drei. Die anderen sind gestorben, meist an ihrer tuberkulösen Spondylitis. Von den drei noch lebenden Operierten sind zwei dauernd geheilt seit 1899, der dritte Heilungsfall wurde im Januar 1902 operiert.

In dem ersten Heilungsfall hatte sich nur eine abnorme Enge des Wirbelkanals gefunden; die Spondylitis tuberculosa, vor 8 Jahren begonnen, war so gut wie abgelaufen; die Lähmung bestand zur Zeit der Operation etwa 4 Monate. In dem zweiten Heilungsfall war die seit 2 Jahren bestehende Spondylitis im wesentlichen in der Heilung begriffen, die seit 4 Wochen bestehende Lähmung aber hochgradig (motorische und sensible Paraplegie mit Blasen- und Mastdarmlähmung). Die Blasen- und Mastdarmlähmung wurde durch unblutiges Redressement nach Calot beseitigt und die Paraplegie $3^1/_2$ Monate später durch Laminektomie.

Im dritten Heilungsfall endlich handelte es sich um eine seit etwa $^1/_2$ Jahr bestehende Spondylitis mit seit $2^1/_2$ Monaten vorhandener Lähmung (spastische Paraplegie mit Lähmung der Sensibilität und Störung der Blase). Es ergab sich bei der Operation eine ausgesprochene tuberkulöse Wirbelkaries; aus dem Wirbelkanal wurde etwa 6—8 ccm Eiter mit krümeligen Käsestückchen entfernt. T. hält mit Rücksicht auf die kurze Zeit, die seit der Operation verflossen ist, ein Rezidiv nicht für ausgeschlossen.

T. legt auf eine fachkundige orthopädische Nachbehandlung unter entsprechender Fixation und Entlastung der Wirbelsäule ein besonderes großes Gewicht.

Joachimsthal (Berlin).

Gessner. Über Entbindungslähmung.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 4.)

Demonstration in der Nürnberger med. Gesellschaft und Poliklinik (4. XII. 1902).

11jähriger Junge; akquirierte bei Extraktion nach Wendung aus Querlage durch beiderseitigen Druck auf den Erbschen Punkt und benachbarte Nervenstämme eine doppelseitige, besonders rechts stark ausgeprägte Lähmung des Plexus cervico-brachialis. Befallen sind vorwiegend Kukullaris, Sternokleido, Platysma, Deltoides, Brachialis internus, Bizeps, Brachio radiales, Latissimus dorsi und Rhomboidei. Rechts hochgradige Atrophie der Muskeln, links mäßige Atrophie und Schwäche, offenbar dadurch bedingt, daß bei der Extraktion der Mittelfinger auf die rechts gelegenen Nervenstämme intensiver drückte als der Zeigefinger auf die links gelegenen. Bemerkenswert ist ferner die hochgradige Hypoplasie der zu den betroffenen Nervengebieten gehörenden Knochen, also der Skapula, der Rippen, der Klavikula, die ihre Krümmung verloren hat, und des Oberarms, der unterhalb des Collum chirurgicum frakturiert ist. Bemerkenswert sind ferner die hochgradigen Schlottergelenke im Schulter- und Ellbogengelenk, welch letzteres sehr leicht hyperextendiert werden kann. Von seiten der Gehirnnerven und des Sympathikus sind keinerlei Störungen nachweisbar.

Gr.

Digitized by Google

V. P. Gibney. The Value of prolonged and uninterrupted immobilization in Pott's disease of the Spine.

(Archives of Pediatrics, Dezember 1902.)

In unseren orthopäthischen Kreisen herrscht große Meinungsverschiedenheit in Bezug auf die Behandlung Pottscher Wirbelkrankheit. Während einige Autoritäten die Stahlprothesen über alles preisen, neigen sich andere zum Gipskorsett. Stahlapparate benötigen einen häufigen Verbandwechsel; dagegen kann ein Gipskorsett monatelang liegen bleiben. Nun fragt es sich, ob eine derartige kontinuierliche Immobilisation der unterbrochenen vorzuziehen sei.

G. bejaht die Frage und hofft, daß die gegenwärtigen amerikanischen Erfolge des Dr. Lorenz dazu beitragen werden, im Publikum etwaige Vorurteile gegen Gipsverbände zu verscheuchen.

Leo Jacobi (New York).

O. Bender. Zur Ätiologie des Schulterblatthochstandes.

(Aus der Univ.-Poliklinik für orthopäd. Chirurgie in Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 7.)

Der Hochstand der Scapula ist eigentlich nur ein Symptom, welches im Gefolge vieler pathologischer Vorgänge hervortreten kann. Beim angeborenen Hochstand können intrauterine Belastungsdeformitäten, fötale Hemmungsvorgänge, angeborene Muskeldefekte die Unterlage bilden. Die erworbene Form beruht in der Mehrzahl der bisherigen Beobachtungen auf rachitischen Veränderungen der Skapula, Eulenburg fand die Ursache in einer entzündlichen Retraktion des Levator scapulae. Von einer neuen Ätiologie weiß jetzt B. zu berichten, indem in einem von ihm beobachteten Falle Ankylose des Schultergelenks der maßgebende Faktor war.

Der 10jährige Knabe bekam vor einigen Jahren eine Entzündung des linken Schultergelenks, welche mit Versteifung des Gelenks endigte. Seit 2 Jahren besteht totale Ankylose, seit einiger Zeit auch Hochstand der Schulter. Man trifft hier eine Parallele zu den Verhältnissen bei einer ankylosierenden Koxitis. Wie die Hüftankylose, wenn sie in Abduktionsstellung erfolgt ist, bei Adduktion ein Tiefersinken der gleichnamigen Beckenseite und eine scheinbare Verlängerung des Beines zur Folge hat, während die gesunde Seite in die Höhe steigt, ebenso zeigte sich bei B.s Pat. bei Adduktion eine geringe scheinbare Verlängerung des Oberarms, Herabsinken des akromialen Endes und Aufsteigen des oberen inneren und des unteren Winkels der Skapula. Dieselbe drehte sich demnach um ihre sagittale Achse; der Drehpunkt lag aber dicht an der Pfanne, so daß die Hauptmasse des Schulterblattes bei geradem Herabhängen des Armes beträchtlich höher stand, wie normal.

Also auch der erworbene Schulterblatthochstand kann eine Folge sehr verschiedener pathologischer Prozesse sein! Grätzer.

Digitized by Google

M. Klippel. Multiple kongenitale Dystrophie des elastischen Gewebes.

(Arch. gén. de méd. 1908 No. 2.)

Der Pat. K.s bot folgende Anomalien: Subluxation der beiden Sternoklavikulargelenke, Difformitäten der Wirbel, eine Thoraxdifformität in Gestalt einer ringförmigen Einziehung oberhalb der unteren Apertur, eine Hernia lineae albae und inguinalis, Hepatoptose, Lungenemphysem und Varicen an den unteren Extremitäten. Alle diese Veränderungen führt K. auf eine einheitliche Ursache zurück, auf eine kongenitale Dystrophie des elastischen Gewebes, die einen Teil der erwähnten Anomalien schon während des intrauterinen Lebens, einen anderen, wie das Lungenemphysem und die Varicen, erst später zur Ausbildung hat kommen lassen. Schade (Göttingen).

L. Heusner. Über die angeborene Hüftluxation.

(Zeitschrift f. orthop. Chirurgie, Bd. X Heft 4 S. 571.)

H. hat die angeborene Hüftluxation früher operativ nach Hoffa eingerenkt, ist aber nach einigen Mißerfolgen und nach Bekanntwerden des Lorenzschen unblutigen Verfahrens zu letzterem übergegangen. H. hat in der ersten Zeit die Reposition in ähnlicher Weise wie Schede ausgeführt; seit mehreren Jahren hat er aber ausschließlich manuell eingerenkt und seinen früher beschriebenen Extensionstisch nur noch zur Anlegung der Verbände benutzt. Zu den Verbänden nach der Einrenkung verwendet er statt Gips in der Regel Stärkebinden mit Einlagen von Flechtwerk und biegsamen Eisenschienen, wodurch dieselben leichter, schmiegsamer und haltbarer werden. Aus Rücksicht auf die Anteversion des Schenkelhalses wendet er schon bei der Primärstellung, wie auch bei allen noch folgenden Verbänden, starke Einwärtsrotation an, muß daher den Verband über das gebeugte Knie bis gegen den Fuß hinführen und auf das frühzeitige Umhergehen der Pat. verzichten. Wo Wiederverrenkung zu befürchten ist, läßt H. nach Entfernung der Gipsverbände noch längere Zeit einen entlastenden Schienhülsenapparat tragen mit einer Vorrichtung, welche die Abduktionsstellung und die Einwärtsrotation des Beines sichert. Bei starker Anteversionsstellung des Schenkelhalses hält H. das Schedesche Verfahren für angezeigt (Fixation des Beines für 2 bis 3 Monate in starker Einwärtsrotation, dann Osteotomie des Femur im unteren Drittel und Drehung des unteren Schenkelendes so weit nach außen, daß der Fuß und die Knieachse wieder in ihre natürliche Richtung kommen); um aber eine Abkürzung der Heilungsdauer zu ermöglichen und einer späteren Wiederkehr der Rückwärtsstellung vorzubeugen, hat H. eine Sehnentransplantation in Aussicht genommen, durch die das Übergewicht der Auswärtsdreher abgeschwächt, die Einwärtsdreher dagegen gestärkt werden sollen. Zu diesem Zwecke wird mit Hilfe eines 10—15 cm langen Schnittes an der Rückseite des oberen Schenkelendes die untere Partie der Sehne des Glutaeus maximus vom Knochen und der Fascia lata abgetrennt und unter

Digitized by Google

starker Einwärtsdrehung des Beines der kleine Trochanter von der Rückseite her freigemacht. Dann wird mit einem stumpfen Haken die Sehne des Ileopsoas, welche an der Vorderseite dieses Knochenvorsprunges inseriert, hervorgezogen, abgeschnitten, und nunmehr der losgelöste Zipfel der Sehne des Glutaeus maximus an das Periost des kleinen Rollhügels, der eventuell durchbohrt werden muß, angenäht.

Durch die Tenotomie des Ileopsoas wird die auswärtsdrehende Komponente dieses Muskels gemindert oder zunächst ganz ausgeschaltet; durch die Verpflanzung der Sehne des Glutaeus maximus von der Außenseite an die Innenseite des Oberschenkels wird weiterhin die untere Hälfte des Muskels aus einem Auswärtsdreher in einen Einwärtsdreher verwandelt. Es muß zu einem späteren Termin die operative Auswärtsdrehung des unteren Schenkelendes hinzugefügt werden.

Joachimsthal.

L. Heusner (Barmen). Über einen neuen Apparat für die Nachbehandlung der angeborenen Hüftluxation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 8.)

Ein solcher Apparat soll dem bis dahin im Gipsverbande festgestellten Gelenk möglichste Freiheit gestatten, dagegen alle nachteiligen, die Reluxation begünstigenden Bewegungen, namentlich stärkere Adduktion, Flexion und Auswärtsrotation verhindern. Es soll das Bein in beständiger Einwärtsstellung halten; denn der Kopf ist durch die fast immer vorhandene Anteversionsstellung des Halses meist in der Richtung nach vorn von der Pfanne abgewandt. Dazu kommt, daß durch die Einrenkung die verkürzten Auswärtsdreher angespannt werden und den Schenkel nach außen zu drehen, den Kopf also noch mehr von der Pfanne abzukehren streben, worauf auch die nach der Lorenzschen Einrenkungsmethode zurückbleibende Auswärtsstellung des Fußes beruht. Durch dauernde Einwärtsdrehung des Beines kann man nicht nur die verkürzten Auswärtsroller dehnen, sondern auch mit Hilfe ihres Widerstandes den Kopf mit Hebelgewalt in die Pfanne pressen.

Die Herstellung eines so vielseitigen Apparates ist keine leichte Aufgabe, weshalb die meisten Chirurgen sich auf Gipsverbände beschränken, damit aber ein wesentliches Hilfsmittel für die dauernde Retention des Kopfes aus der Hand geben. H.s Apparat ist einfach und zweckmäßig, er hat sich dem Erfinder bereits wiederholt bewährt.

Grätzer.

Georg Müller (Berlin). Über die obere Altersgrenze für die Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung.

(Die Therapie der Gegenwart 1903 No. 2.)

Vor etwa Jahresfrist hat M. die ersten Mitteilungen über Erfolge mit seiner mechanischen Behandlungsweise gemacht. Inzwischen hat

Digitized by Google

er die Methode in manchen Punkten modifiziert, sowohl was den Streckapparat, als auch den portativen Apparat betrifft, und seitdem sind die Resultate noch günstiger geworden. In dem Material figurieren auch manche Fälle, die vorher anderweitig ohne dauernden Erfolg unblutig eingerenkt waren. In diesen Fällen wird man zu M.s Methode greifen müssen, da sie zweifellos überall da, wo die Flachheit oder völliger Mangel der Pfannenanlage den Erfolg der unblutigen Einrenkung vereitelt, als alleinige Erfolg versprechende Methode in Betracht kommt.

Man kann mit dieser Methode auch weit über die bisher übliche äußerste Grenze von 10 Jahren hinausgehen, und M. führt als Beispiel ein $15\,^1/_4$jähriges Mädchen an. Bei doppelseitiger Verrenkung konnte M. allerdings bisher nicht über das zehnte Jahr hinaus vollkommene Heilung erzielen. Bei einem 14jährigen doppelseitig luxierten Mädchen erreichte er nach $1\,^1/_2$ Jahren eine Fixation des Kopfes 3 cm über der Roser-Nélatonschen Linie, nachdem er bei Beginn der Behandlung 6 cm oberhalb derselben gestanden hatte, ferner bedeutende Verminderung der Lordose und wesentliche Besserung des Ganges. Auch bei einem 28jährigen Mädchen und einer 49jährigen Frau konnten wenigstens die heftigen Schmerzen beseitigt werden.

Jedenfalls steht nach den Erfahrungen M.s fest, daß auch in einem Alter, in welchem die unblutige Einrenkung keinen Erfolg mehr verspricht, die Apparatbehandlung heranzuziehen sein wird, da man durch dieselbe bei einseitiger Verrenkung zuweilen noch Heilung, in sehr vielen Fällen, und zwar einschließlich der doppelten Luxation Besserung des objektiven und subjektiven Zustandes erreichen wird.

Grätzer.

Bertelsmann. Über einen eigenartig verlaufenen Fall von Schenkelhalsfraktur bei einem 15jährigen Jungen mit Ausgang in Coxavarastellung.

(Ärztl. Verein in Hamburg, 24. II. 1903.)

Der bis dahin gesunde Schiffbauerlehrling hat im Juli 1902 einen Balken, zusammen mit einem Kameraden, auf der Schulter getragen. Sein Kamerad, welcher das vordere Ende des Balkens trug, ließ dieses fallen, so daß der vorgestellte Pat. durch das hintere Balkenende einen heftigen Stoß auf die rechte Schulter erhielt. Der Verletzte fühlte hierbei einen Schmerz in der rechten Hüfte; er arbeitete aber noch 8 Tage weiter und suchte sodann, als die Schmerzen nicht besser geworden waren, einen Arzt auf, der Rheumatismus konstatierte. Im November 1902 kam der Pat., der bisher nicht wieder gearbeitet hatte, in B.s Behandlung. Der damalige Befund entspricht dem heutigen.

Das rechte Bein ist um $3\,^1/_2$ cm verkürzt und im Hüftgelenk fast völlig fixiert, Trochanterstand. Unter dem Poupartschen Band ist der vorgebogene Teil des Schenkelhalses zu fühlen. Röntgenbild ergibt: Abbiegung des Schenkelhalses nach unten, Abbiegung des Schenkelhalses in stark nach vorn konvexem Bogen. An der Stelle

Digitized by Google

der Abbiegung ist ein kleiner Kallus, keine Einkeilung, sichtbar; unterhalb desselben eine alte Bruchlinie, Hüftgelenk intakt. Der Fall schließt sich an die Beobachtungen von Sprengel, Sudeck, Alsberg u. s. w. an. Gr.

M. Savariaud (Paris). Die nervösen Komplikationen der Frakturen am unteren Ende des Humerus bei Kindern.

(Arch. gén. de méd. 1903 No. 2 u. 3.)

S. bespricht die Lähmungen im Gefolge der im Kindesalter so häufigen Frakturen des unteren Humerusendes. Er unterscheidet frühe und späte Lähmungen; die ersteren, an Häufigkeit überwiegend, schließen sich entweder unmittelbar an das Trauma an (unmittelbare Lähmungen) oder treten einige Tage bis mehrere Wochen später auf (sekundäre Lähmungen), und zwar vorwiegend bei der Fractura humeri supracondylica. Auch von den sogenannten Spätlähmungen sind die meisten gleich im Anschluß an die Verletzung entstanden, anfangs aber unbeachtet geblieben. Die frühen Lähmungen haben ihre Ursache gewöhnlich in einer einfachen Kontusion des Nerven, seltener handelt es sich um Zerreißung desselben, Verletzung durch einen Knochensplitter oder Einklemmung zwischen Knochenfragmenten. Die prähumeralen Nerven, die Radialis und Medianus, erleiden diese Kontusion, indem sie durch das meist nach vorn und unten dislozierte obere Fragment nach vorn gedrängt werden; der N. ulnaris wird beim Fall auf den Ellbogen direkt gegen den Knochen komprimiert. Während die früheren Lähmungen meist die prähumeralen Nervenstämme betreffen, scheinen sich die eigentlichen Spätlähmungen auf den N. ulnaris zu beschränken; meist ist ihnen im jugendlichen Alter eine Fraktur des Condylus externus vorangegangen. Nach Mouchet ist die Ursache dieser Spätlähmungen in einer Neuritis n. ulnaris zu suchen, die auf Obliteration des Sulcus ulnaris infolge allmählicher Ausbildung eines Cubitus valgus und dadurch bedingter Kompression des Nervenstammes zurückzuführen ist.

Die Therapie richtet sich nach der jeweiligen Ursache. Zerreißungen sowie Verletzungen des Nerven durch Knochensplitter verlangen unmittelbares operatives Eingreifen, ebenso Einklemmung zwischen den Knochenfragmenten, wenn es nicht durch unblutige Manipulationen gelingt, den Nerven zu befreien. Sind die Nervenstämme durch das dislozierte obere Fragment in die Höhe gehoben, so versucht man bei frischen Frakturen die Dislokation in Narkose auszugleichen, in veralteten Fällen kommt die Resektion in Frage. Bei den eigentlichen Spätlähmungen genügt es, für den N. ulnaris eine neue Knochenrinne, die ihn gegen Druck schützt, zu schaffen.

Die Prognose der frühen Lähmungen ist verschieden.

Manche Fälle heilen ohne Behandlung, andere, besonders die mit Kontrakturen und Retraktion der Muskeln und Sehnen komplizierten, trotzen jeder Therapie, wie z. B. die Spätlähmungen, bei denen man durch das erwähnte Operationsverfahren meist nur eine geringe Besserung erzielt.

In den vier von S. mitgeteilten Beobachtungen handelte es sich um Kinder, welche eine Transversalfraktur des unteren Humerusendes

Digitized by Google

erlitten hatten; die Lähmungen wurden in sämtlichen Fällen erst kürzere oder längere Zeit nach dem Trauma entdeckt. Der eine Fall heilte spontan nach einem Jahr, der zweite und dritte wurde durch Operation nicht beeinflußt, der vierte durch Operation (Resektion des oberen Fragments) geheilt. Schade (Göttingen).

W. Pipping (Finländer). Ein Fall von polyarthritis deformans bei einem Kinde.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. 44 Supplementsheft pag. 496.)

Es handelte sich um ein 6jähriges Mädchen. Der allmählich fortschreitende Prozeß mit symmetrischer Lokalisation hatte bedeutende Veränderungen in den meisten Gelenken hervorgerufen. Die Handgelenke und sämtliche Fingergelenke, die Hüft-, Knie-, Fuß- und Zehengelenke waren angegriffen, die Füße in geringerem Grade als die Hände. Die Gelenke der Wirbelsäule waren frei. Die Krankheit hatte im zweiten Lebensjahre der Patientin in dem einen Kniegelenk begonnen, sie war nicht mit größerem Schmerz, auch nicht, so viel bekannt, mit Fieber verbunden gewesen; Geschwulst, Steifigkeit und Schwierigkeit bei Bewegungen hatten aber ununterbrochen zugenommen. Bedeutende Atrophie der Muskulatur, sowohl der Ober- als Unterextremitäten. Die Sensibilität normal. Die Patellarreflexe und elektrische Irritabilität normal; die Herzaktion etwas unregelmäßig; Hautfarbe blaß. Alle die Lymphdrüsen etwas geschwollen, sonst nichts Abnormes bei der Organuntersuchung.

Das Kind hatte unter schlechten hygienischen Verhältnissen gelebt und war in hohem Grade vernachlässigt gewesen. Irgend welche andere Ursache der Krankheit hatte nicht ermittelt werden können. Adolf H. Meyer (Kopenhagen).

J. Merkel. Fall von geheilter chron. Epiphysenostitis der rechten Tibia.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 8.)

Demonstration in der Nürnberger med. Gesellschaft u. Poliklinik (18. XII. 02).

Ein 7jähriges Mädchen erkrankte nach Masern an akuter Gelenkschwellung des rechten Tibio-Tarsalgelenks. Aufbruch und 4monatliche fistulöse Eiterung, von dem zweimarkstückgroßen Malleolusgeschwür ausgehend. Fraglich: ob intra- oder extraartikulärer Prozeß. Durch Bloßlegung des Malleolus durch 8 cm lange Inzision, durch Abpräparieren der verdickten und losgelösten Knochenhaut und Aufmeißelung und Evidement der Markhöhle wurde konstatiert, daß das Gelenk nur noch durch den Epiphysenknorpel der Tibia der Perforation entging. Dann glatte Heilung. Gehakt tadellos. Obwohl der Sitz für Tuberkulose sprach, zeigte sich doch bei der Untersuchung der Markhöhle, daß es sich nur um Staphylomykose handelte. Es fanden sich aus den erweiterten Markräumen teils einzeln hervorsprießende, teils in Herden angeordnete graue Granulationen ohne Eiter, ohne käsige Pünktchen, ohne kleine griesförmige Spongiosasequester. Gr.

Digitized by Google

Hofmeister (Tübingen). Über Verkrümmungen des Beines nach Knieresektion im Kindesalter.

(Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie Bd. 37.)

Die Untersuchungen beziehen sich auf Kinder, bei denen die Kniegelenkresektion im 3. bis 13. Lebensjahr ausgeführt worden ist, und bei welchen seit der Operation bis zur Nachuntersuchung 1—17 Jahre verflossen waren. Von im ganzen 123 Fällen konnte bei 107 ein Befund meistens auf Grund persönlicher Nachuntersuchung erhoben werden. Es fand sich in 16,8 % der Fälle ein gerades Bein. Unter Zurechnung der ganz leichten Verkrümmungen (bis 165°) steigt der Prozentsatz der guten Stellungsresultate auf 27,1 ½. Mittelschwere Krümmungen (140—160°) zeigten 28 %, schwere Krümmungen (130° und darunter) 44 %. Bezüglich des Lebensalters ergibt sich, daß speziell schwere Verkrümmungen um so häufiger sind, je jünger die Kinder zur Zeit der Operation waren. H. teilt die ihm zur Verfügung stehenden Fälle in zwei Gruppen: 1. vom dritten bis achten, 2. vom neunten bis 13. Lebensjahr. Bei der ersten Gruppe kommen auf 48 Fälle 31 schwere Krümmungen = 64,6 %, bei der zweiten Gruppe auf 59 Fälle 16 = 27,2 %. Geradgebliebene Beine gibt es in Gruppe 1 nur 14,6 %, in Gruppe 2 37,3 %. Die Verkrümmung beginnt entweder alsbald nach der Operation oder entwickelt sich später und ganz allmählich. Zuweilen wirkt ein Trauma verschlimmernd, wohl infolge Epiphysenlösung, wie in einem Falle sicher festgestellt wurde. Entweder entsteht die Knickung an der Stelle der früheren Gelenkspalte oder es entwickelt sich eine bogenförmige Verkrümmung am unteren Femurende. Die Tibia erwies sich im allgemeinen als unverändert (Röntgenbilder). Erstere Krümmung findet sich bei frühzeitig auftretender Deformität, letztere in älteren Fällen, wobei eine pathologische Plastizität des Knochens die Verbiegung erleichtert, die indes wesentlich durch den Zug der Oberschenkelflexoren verschuldet wird.

In therapeutischer Beziehung wendet H. die Osteotomie resp. ein Verfahren ähnlich dem Helferich'schen bogenförmigen Resektionsschnitt an, und schlägt für geeignete Fälle die Epiphysiolyse vor, um dann das Bein zu strecken. Prophylaktisch empfiehlt er außer längerer Fixation des resezierten Gelenkes, die Wirkung der Beugemuskulatur auszuschalten durch Tenotomie der Flexorensehnen und Verlagerung ihrer Insertion an den Oberschenkel, um ihr Wiederverwachsen mit der früheren Insertionsstelle zu verhindern. Eine Transplantation der Beuger auf den Streckapparat sei für den Resezierten zwecklos. H. empfiehlt ein Verfahren bei Resezierten bis zum achten Lebensjahr prinzipiell anzuwenden, bei älteren Kindern aber abzuwarten, ob eine Verkrümmung eintritt. Vulpius (Heidelberg).

Hans Lorenz. Zur Frage der Wachstumsstörungen und Gelenksdeformitäten infolge von traumatischen Epiphysentrennungen.

(Wien. klin. Wochenschr. 1902 No. 51.)

L. berichtet aus der v. Eiselsberg'schen Klinik über zwei Fälle von Wachstumsstörungen nach Epiphysenverletzungen.

Digitized by Google

Bei dem ersten 19jährigen Patienten, der als 6jähriges Kind gefallen war und danach längere Zeit Schmerzen in der Gegend des rechten Handgelenks gehabt hatte, ergab das Röntgenbild, daß es sich seinerzeit um eine Epiphysenverletzung am unteren Radiusende gehandelt hatte, ja man konnte noch nachweisen, daß der Sturz eine Einkeilung des Diaphysenschaftes in die Epiphyse, eine ausgedehnte Zermalmung des Schaltknorpels zur Folge gehabt haben mußte; denn die Kontur der Corticalis des Diaphysenschaftes ließ sich deutlich in die Epiphyse hinein verfolgen. Distal von dem Köpfchen der Ulna, etwas palmar- und radialwärts verschoben, lag noch ein Knochenstück, eine Scheibe, die nichts anderes sein konnte, als die abgebrochene, im Wachstum zurückgebliebene und mit dem Ulnaschaft nur in syndesmotischer Verbindung stehende Epiphyse. Es war das Längenwachstum der beiden Vorderarmknochen und zwar namentlich dasjenige des Radius in hohem Grade behindert worden, dasjenige der Ulna wohl deshalb weniger, weil ihr Schaltknorpel durch das Trauma nicht ebenso schwer geschädigt worden war wie jener des Radius. Bei dem Kranken maß der rechte Radius $15\,^1/_2$, fast 11 cm weniger als der der anderen Seite, die rechte Ulna maß 22, die linke 28 cm. Die Dicke der beiden Knochen war — abgesehen von den etwas verdickten distalen Enden — an beiden Armen gleich, die Muskulatur beiderseits ziemlich gleich gut entwickelt. Das distale Ende der Ulna hatte sich auf den Handrücken vorgeschoben, während die Handwurzelknochen mit dem verkürzten Radius in der normalen gelenkigen Verbindung geblieben waren.

In dem zweiten Fall bestand bei einem 34jährigen Tischler, der in seinem 10. Lebensjahre eine Verletzung des linken Ellbogens durch Sturz von einem Baum erlitten hatte, ein hochgradiger Cubitus valgus. Bei gestrecktem Arm schloß die Oberarmachse mit der Vorderarmachse einen nach außen offenen Winkel von 150° ein. Der laterale Condylus stand bedeutend höher als der mediale, er erschien im ganzen etwas klein und dabei plump und setzte sich, wenn man die Außenseite des Oberarmes abtastete, gegen den Humerusschaft mit einer auffallenden Stufe ab. Deutlich ließ er sich, wenn auch nur in geringem Maße, von vorn nach hinten gegen den übrigen Humerus verschieben. Die Furche zwischen Epicondylus internus und Olecranon war verstrichen, der mediale Rand des Olecranon berührte fast den freien Rand des medialen Epicondylus, der Nervus ulnaris war dadurch aus seinem Bett herausgehoben und ganz oberflächlich zu tasten. Die linke Hand ergab die typischen Befunde einer Ulnarislähmung. Das Röntgenbild zeigte den abgebrochenen Condylus externus und eine Pseudarthrose zwischen ihm und dem Humerus. Dabei erwies sich der laterale Condylus um vieles kleiner, er schien im Wachstum gehemmt oder ganz behindert gewesen zu sein, was auch mit der Angabe des Patienten übereinstimmte, daß der Cubitus valgus im Laufe der Jahre immer mehr zugenommen habe. Die Ulnarislähmung hatte sich erst 10 Jahre nach der Verletzung eingestellt, das Röntgenbild zeigte noch eine sehr bemerkenswerte Tatsache, Ulna und Radius sind verbogen, sie besitzen eine medialwärts gerichtete Konkavität, so daß dadurch der Cubitus valgus bis

Digitized by Google

zu einem gewissen Grade kompensiert wird. Bestände diese Verbiegung nicht, so wäre der Winkel, den Vorderarm- und Oberarmachse einschließen, noch spitzer. Joachimsthal (Berlin).

M. Reiner. Über ein Operationsverfahren zur Beseitigung hochgradiger Unterschenkelverkrümmungen.

(Aus Prof. Lorenz' Ambulatorium in Wien.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 49.)

R. hat bei 3 Kindern (6, $7^1/_2$, 10 Jahre alt), welche mit hochgradigen rachitischen Unterschenkelverkrümmungen behaftet waren, mit bestem Erfolge ein neues kombiniertes, einzeitiges Verfahren zur Anwendung gebracht, welches die eventuelle mehrfache lineare Osteotomie, die sich unmittelbar anschließende instrumentelle Extension und endlich den Kontentivverband in Anwendung bringt und daher folgende Vorteile bietet:

1. Die den Knochen verkürzende Keilresektion wird entbehrlich.
2. Die nachträgliche Gewichtsextension entfällt, da durch die Überwindung der Widerstände die sofortige Stellungskorrektur möglich ist.
3. Der Pat. wurde durch den sofort angelegten Kontentivverband aller Vorteile der mobilisierenden Behandlung teilhaftig. Grätzer.

Th. Kölliker. Osteotomie und Osteoklase bei rachitischen Deformitäten der unteren Extremität.

(Archiv f. klin. Chirurgie Bd. 69 Heft 1 u. 2 [Festschrift von Esmarch gewidmet] S. 48.)

Wegen rachitischer Deformitäten der unteren Extremität wurde in K.'s Klinik seit 1886 60mal operiert, und zwar wurde 47mal die Osteotomie und 13mal die Osteoklase ausgeführt. Wegen Genu valgum sind 32 Osteotomien und 4 Osteoklasen, wegen Kurvaturen der Tibia im unteren Drittel 15 Osteotomien und 9 Osteoklasen vorgenommen. Bei Genu valgum wurde die Tibia 26mal osteotomiert bei 22 Kindern und 4 Erwachsenen. Von diesen Operationen waren 18 Keilosteotomien, acht lineäre Osteotomien. Am Oberschenkel führte K. die Osteotomie 6mal aus bei 3 Erwachsenen und 3 Kindern. 3mal handelte es sich um Keil-, 3mal um lineäre Osteotomien. Bei den rachitischen Kurvaturen der Tibia im unteren Drittel mit vorderer äußerer oder vorderer Konvexität wurde stets die Keilosteotomie gewählt. Sowohl bei der Behandlung des Genu valgum als der Kurvaturen im unteren Drittel des Unterschenkels ist die Operation die Ausnahme. Sie kommt nur in Frage bei den schweren Deformitäten Erwachsener, bei Kindern, wenn die Erfolglosigkeit einfacherer Behandlungsmethoden erwiesen und auch auf einen spontanen Ausgleich der Deformität nicht mehr zu rechnen ist. Bei der Häufigkeit, mit der auch schwere rachitische Deformitäten sich in den ersten Lebensjahren ausgleichen, wird vor dem fünften Lebensjahre nur ganz ausnahmsweise zur operativen Behandlung geschritten.

Digitized by Google

Unter den 47 Osteotomien werden nur 2mal Störungen der Wundheilung verzeichnet. In einem dieser Fälle wurde die proximale Knochenfläche der Tibia nekrotisch, nach Art der sog. Nekrose der Sägefläche.

Bei Kindern wird vor Ausführung der Osteotomie die Osteoklase versucht, die entweder manuell oder mittels des Lorenzschen Redresseur-Osteoklasten geschieht.

Joachimsthal (Berlin).

Dante Pacchioni. Beschreibung und Pathogenese der Veränderungen der chondralen Verknöcherung bei der Rachitis. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde Bd. 57 Heft 1.)

Nachdem P. schon früher Untersuchungen über die wichtige Rolle der Phosphorsäure bei der Knochenbildung angestellt hatte, konnte er neuerdings mit der Reaktion von Monti und Lilienfeld bei der Rachitis eine augenfällige Verminderung des Phosphorsäureinhaltes des Knorpels beobachten. Die größere Intensität der Färbung in der Nähe der Gefäßgebiete beweist, daß die Phosphorsäure des Knorpels direkt vom Blute herrührt. Die Zellen des rachitischen Knorpels sind immer kleiner als jene des normalen, in Entwickelung begriffenen Knorpels; ebenso sind auch die Zellkerne kleiner und unregelmäßiger als im normalen Zustande. Er findet ferner eine namhafte Abnahme des Gehaltes an Kalksalzen; und es beschränkt sich bei der Rachitis der Kalkinhalt ausschließlich auf die Knochen. Es fehlt jene dichte verkalkte Knorpelschichte, die im normalen Zustande den aktiven Knorpel vom Knochen trennt. An keinem Punkte oder nur sehr selten sieht man — wie im normalen Zustande — verkalkte Zellen; nur die Zellen, welche sich unmittelbar in der Peripherie der Gefäßknoten befinden, weisen in ihrem Innern sichtbare Kalkkörner auf.

P. nimmt an, daß die Veränderungen der chemischen Zusammensetzung des Knorpels bei der Rachitis von einer Veränderung der Zellfunktion abhängig sind, und es ist sehr wahrscheinlich, daß diese Veränderung auf einer Abnahme ihrer metabolischen Aktivität beruht. Diese Annahme wird von der Tatsache erhärtet, daß im rachitischen Zustande die Knorpelzellen kleiner und mit einem kleineren, unregelmäßigeren Kerne versehen sind, als im normalen Zustande. Durch diese gestörte Aktivität kommt es, daß der rachitische Knorpel in mehr oder weniger passiver Weise, wie ein untätiges Gewebe, das Eindringen des Knochengewebes erleidet.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Rachitis verdanken ihre Entstehung nicht, wie mehrfach geglaubt wird, einem Entzündungsprozesse des Knochens; der fundamentale Krankheitsprozeß sitzt vielmehr nicht im Knochen, sondern im Knorpel, eigentlich im Protoplasma und im Kerne der Knorpelzellen.

Hecker (München).

Digitized by Google

A. Epstein. Ein Schaukelsessel für kleine Rachitiker und Schwächlinge.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde Bd. 56 Heft 6.)

Der Sessel ist für rachitische und schwächliche Kinder im Alter von ungefähr 1—3 Jahren geeignet, und hat zunächst den Zweck, der Verschlimmerung oder Entstehung gewisser rachitischer Deformitäten, namentlich der Wirbelsäule, entgegenzuwirken; ferner die Körperhaltung muskelschwacher Kinder zu bessern und überhaupt die Muskeltätigkeit kleinerer Kinder anzuregen. Die Behandlung rachitischer Verkrümmungen bei ganz kleinen Kindern ist ja eine sehr mangelhafte. Die komplizierten Apparate, Korsetts, Geradehalter, auch die Rauchfußsche Schwebe, ebenso die gymnastischen Übungen sind nur für ältere Kinder. Bei den kleinen beschränken wir uns damit, das Kind von Zeit zu Zeit auf den Schoß hinzulegen und je nach der Art der Verkrümmung in der Bauch- oder Seitenlage desselben durch ein entsprechendes Handauflegen ein Redressement anzustreben; oder wir lassen das Kind abwechselnd auf beiden Armen der Wärterin herumtragen, halten es möglichst viel in horizontaler Lage u. s. w. Letzteres, die permanente Rückenlage, hat bei rachitischen Kindern auch Nachteile: Hemmung der geistigen Entwicklung, Hemmung der Atmungsexcursionen und dadurch Beförderung der Thoraxdeformität u. s. w., wobei nicht zu übersehen ist, daß man sowohl gegen die Zunahme der Verkrümmung ankämpft, aber für die aktive Aufrichtung der Wirbelsäule nichts leistet.

Dagegen wird gegen die Sitzlage nichts einzuwenden sein, wenn nur dabei das Zusammensinken des Körpers vermieden wird und sie wird umsomehr bevorzugt werden können, wenn durch ein mit dieser Sitzlage verbundener Mechanismus eine Streckung der Wirbelsäule und eine zweckentsprechende Tätigkeit des Muskelapparates bewirkt wird.

Der Sessel ist ein auf einem Schlitten aufgeschraubter Stuhl, ein Schaukelstuhl, dessen Dimensionen der Körpergröße kleiner Kinder angepaßt sind. Das Wesentliche ist die verkehrte Sitzweise. Das Kleine wird so hineingesetzt, daß das Gesicht der Lehne zugekehrt ist, die unteren Extremitäten werden durch die Zwischenräume, welche sich zwischen Lehne und Sitzbrett befinden, hinausgeleitet, so daß die Unterschenkel entweder frei herabhängen oder die Füße sich an der hinteren Verbindungsstange, oder auch vom Fußboden abstoßen können. Mit den vorgestreckten oberen Extremitäten hält sich das Kind an den Seitenpfeilern der Lehne. Die Kinder lernen bald zu schaukeln und huldigen allmählich diesem Sport mit großem Eifer. Vorne Überfallen wird durch die Lehne selbst verhindert. Fallen nach rückwärts ist nicht möglich, weil der Körper vermöge der Sitzlage auf der reklinierten Sitzplatte nach vorne gravitiert und das Kind sich auch beim Schaukeln an der Lehne mit den Händen hält.

Die Beobachtung des schaukelnden Kindes lehrt, daß schon das Sitzen allein mit freiem Rücken, vorgestreckten Armen und auf einer unnachgiebigen Unterlage das Kind zu einer strammeren Haltung

Digitized by Google

nötigt. Viel wesentlicher sind jedoch die Schaukelbewegungen des Kindes, welche durch das Zusammenspiel der betreffenden Rücken- und Extremitätenmuskulatur angeregt und unterhalten werden und und bei welchen der Oberkörper auf der queren Hüftgelenksachse sich gleichmäßig nach vorne und hinten bewegt. Ist das Schaukeln recht im Gange, so wird die Haltung des Körpers noch militärischer. Kopf hoch, Brust heraus, Rücken möglichst gestreckt, insoweit nämlich die Verkrümmung nachgibt. So befolgt das Kind selbst unwillkürlich den orthopädischen Grundsatz, daß der Kranke die normale Form der Wirbelsäule zunächst durch die eigene Tätigkeit und Muskelarbeit herzustellen habe. Einige angeführte Fälle demonstrieren die Besserung oder Heilung von Verkrümmungen.

Da diese gymnastische Tätigkeit auch einen sichtlich günstigen Einfluß nicht nur auf den Appetit, das Allgemeinbefinden und das Aussehen des Kindes, sondern auch auf das ganze Wesen und die Laune des Kindes hat, so empfiehlt sich der Schaukelsessel überhaupt bei kleinen Rachitikern zwischen dem ersten und zweiten Lebensjahr (auch solchen ohne Verkrümmungen) ferner für nichtrachitische und muskelschwache, für herabgekommene und rekonvaleszente Kinder und schließlich auch für manche Kinder, die aus irgend einem anderen Grunde nicht gehen können oder dürfen (gelähmte Kinder oder Kinder mit Klumpfußverbänden). Zu beziehen von Gebrüder Thonet, Wien.

Hecker (München).

C. Escher. Zur Frage der angeborenen Rachitis.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde Bd. 56 Heft 4.)

Die Frage, ob es eine intrauterin erworbene, bei der Geburt noch floride echte Rachitis gibt, wird von verschiedenen Autoren entschieden bejaht. Kassowitz fand z. B. unter 29 totgeborenen oder bald nach der Geburt gestorbenen Kindern 26, d. h. 89,7 % mit Rachitis behaftet. E. untersuchte 105 lebende Neugeborene und 25 Leichen (Früchte aus den letzten Schwangerschaftsmonaten, Neugeborene und Kinder bis zum Alter von 4 Monaten) und kommt zu einem vollständig negativen Resultat. Es konnte bei den ersten zwei Gruppen weder makroskopisch, noch mikroskopisch und zwar am Schädel, wie an den Rippen, an den Femurepiphysen ein Befund erhoben werden, der erlaubt hätte, auch nur ein einziges Mal die bestimmte Diagnose auf Rachitis zu stellen.

Die Verschiedenheit seiner Resultate gegenüber anderen Autoren führt E. auf falsche Deutung der erhobenen Befunde seitens dieser zurück.

Hecker (München).

Maurice Ostheimer. A case of congenital rhachitis.

(Archives of Pediatrics, November 1902.)

Verf. berichtet über einen Fall von sogenannter „angeborener Rachitis“ (Chondrodystrophia foetalis, Kaufmann).

Das 7 Monate alte, stark heruntergekommene Kind zeigte einen großen viereckigen Schädel, mit ganz flachem Hinterkopf, tiefliegenden Augen und weit-

Digitized by Google

klaffender Fontanelle. Der Brustkorb war seitlich eingedrückt und bot einen ausgeprägten Rosenkranz dar. Eine leichte Lordose des unteren Rückens trieb den ohnehin großen Leib noch stärker hervor. Milz und Leber nicht vergrößert; am Herzen keine Geräusche.

Sämtliche Extremitäten waren hochgradig verkrümmt; namentlich die Oberschenkel beschrieben fast vollständige Halbkreise. An den oberen Extremitäten waren sämtliche Epiphysen aufgetrieben. Diese Deformitäten traten schon frühzeitig auf. Im Alter von 4 Monaten fiel das Mädchen etwa 5 cm tief, und brach Oberschenkel, Oberarm und Unterarm der linken Seite. — Das Kind wurde im Alter von 11 Monaten durch eine Pneumonie hingerafft.

Diese „foetale" Rachitis, von Parrot als Achondroplasia, von Kaufmann als Chondrodystrophia bezeichnet, ist in den Vereinigten Staaten nicht häufig. Merkwürdigerweise betrafen die bisherigen Berichte meist Kinder von schottischen Eltern.

Leo Jacobi (New York).

Luigi Concetti. Die Phosphorbehandlung bei der Rachitis.

(Rivista di Clinica Pediatrica 1903 No. 1.)

Verf. bedient sich einer Lösung, die er folgendermaßen herstellt: 0,1 g Phosphor werden in 10—15 g Äther aufgelöst und diese Lösung dann mit 25—30 g Mandelöl gemischt unter langsamer Erwärmung im Wasserbad. Diese konzentrierte Lösung wird dann einem Liter Lebertran zugesetzt und das Ganze in 100 g-Flaschen abgefüllt. Verf. berichtet über zwölf Fälle, in denen er mit Anwendung der Phosphortherapie günstige Erfolge erzielt hat.

Finder (Berlin).

G. Edlefsen (Hamburg). Das Ammoniak in der Atmungsluft und die Ätiologie der Rachitis.

(Deutsche Ärzte-Ztg. 1903 No. 1 u. 2).

E. geht noch einmal genauer auf die Frage ein, ob man zu der Annahme berechtigt ist, daß der Verunreinigung der Luft mit Ammoniakdämpfen wirklich die ihr von Kassowitz zugeschriebene Bedeutung einer Rachitis erzeugenden Schädlichkeit zukommt. Nach seiner Ansicht kommen da folgende Unterfragen in Betracht:

1. Kommt die ammoniakalische Zersetzung des Harns in den Windeln oder Kindertüchern der noch nicht kontinenten Kinder überhaupt so häufig vor, daß man ihr eine so wichtige Rolle in der Rachitis beimessen darf?

2. Ist es wahrscheinlich, daß das Ammoniak in größerer Menge aus der Atmungsluft in den Kreislauf gelangt?

3. Wenn diese Frage bejaht werden muß, ist es wahrscheinlich, daß das in das Blut übergetretene Ammoniak den von Kassowitz angenommenen schädigenden Einfluß auf die Gewebe übt, namentlich „besonders reizend und entzündungserregend auf die Appositionsstellen der Knochen einwirkt?"

E. sucht nachzuweisen, daß diese Fragen verneint werden müssen und damit Kassowitz' Theorie fällt. Vielmehr spricht für seine eigene „Infektionstheorie", wenn auch sie nur als Notbehelf zu gelten

Digitized by Google

hat und einer sicheren Basis entbehrt. Die Ätiologie der Rachitis bleibt vorläufig noch in Dunkel gehüllt, das erst durch weitere Forschungen gelüftet werden dürfte. Grätzer.

Ad. Czerny. Über die Bedeutung des Turgordruckes der Gewebe für das Kind im ersten Lebensjahre.

(Monatsschrift f. Kinderheilkunde, Oktober 1902.)

Die häufigste Ursache, weshalb Kinder mit florider Rachitis dem Arzte zugeführt werden, ist die, daß sie in einem Alter nicht sitzen, stehen oder gehen können, in welchem normalerweise diese Fähigkeiten entwickelt sein müßten.

Was ist die Ursache? Schmerzen nur in den wenigen Fällen, wo frische Frakturen oder Infraktionen bestehen, oder wo daneben Barlowsche Krankheit vorliegt. Rachitische Veränderungen der Knochen sind ebenfalls nicht als Ursache dieser Motilitätsstörungen zu betrachten, ebenso nicht Veränderungen an Muskeln oder Nerven. C. weist aber auf einen neuen Gesichtspunkt hin, der hier in Betracht käme.

Beobachten wir eine Pflanze, welche kein festes Stützgerüst hat, so sehen wir, daß dieselbe ihre natürliche Haltung und Stellung nur solange bewahrt, als der Turgordruck ihrer Gewebszellen eine ganz bestimmte Höhe hat. Sinkt der Turgordruck z. B. durch Wassermangel, so verliert die Pflanze das Vermögen, ihre äußere Configuration aufrecht zu halten, und nach dem Gesetze der Schwere sinken Blüten und Blätter herab. Nur wenn eine Pflanze ein festes Stützgerüst erworben hat, bewahrt sie auch ihre Form und Stellung, wenn der Turgordruck ihrer Gewebe sehr stark herabgesetzt wird. Letztere ersetzt somit bei vielen Pflanzen vollständig das Stützgerüst. Daß sich ein gleiches Verhältnis im Körper des Tieres nachweisen läßt, hat zunächst Schaper durch Untersuchungen feststellen können.

Daß auch für das Kind in den ersten 2 Lebensjahren, ehe das Skelett eine gewisse Stabilität erlangt hat, der Turgordruck der Gewebe für die Haltung des Körpers und die motorischen Funktionen von ausschlaggebender Bedeutung ist, zeigt schon die klinische Beobachtung. Der gesunde und sich normal entwickelnde Säugling weist eine hohe Resistenz des Körpergewebes auf. Letztere kann jedoch sehr rasch verloren gehen oder auch von Anfang an fehlen. Nicht selten wird der bis dahin derbe, pralle Körper rasch welk und schlaff. Manchmal fühlt sich das Körpergewebe des Kindes trotz anscheinend guter Gewichtszunahmen zu weich an. Gerade diejenigen Kinder aber, die einen sehr hohen Gewebsturgor haben, lernen sehr bald sitzen, stehen, gehen. Im Gegensatz hierzu findet man kaum ein Kind, bei welchem im entsprechenden Alter diese Fähigkeiten noch fehlen, oder, wenn sie bereits vorhanden waren, wieder verloren gegangen sind, bei denen man nicht gleichzeitig den Gewebsturgor als stark herabgesetzt konstatieren kann. Diese Herabsetzung hat aber, wie die Beobachtung lehrt, nur bis zum dritten

Digitized by Google

Lebensjahre Bedeutung; sobald die Verknöcherung des Skeletts eine gewisse Vollendung erreicht hat, verliert sie an Bedeutung.

Die Auffassung, daß der Gewebsturgor für die motorischen Funktionen des Kindes ausschlaggebend ist, ist im stande, die Beziehungen der Motilitätsstörungen der Kinder zur Rachitis, zu den Ernährungsstörungen und anderen Erkrankungen zu klären. Das Verhalten des Turgors hängt in der ersten Lebenszeit wesentlich davon ab, in welchem Zustand ein Kind geboren wurde. Dann spielt die Ernährung eine große Rolle; wenn bei ihr der Turgor ein zu geringer bleibt, ist sie für den bestimmten Fall als unzweckmäßig anzusehen, selbst wenn es sich um Frauenmilch handelt.

Die Erkenntnis, daß eine Änderung des Gewebsturgors unabhängig von den Vorgängen an den Knochen die motorischen Funktionen beeinflußt, muß uns bestimmen, die Motilitätsstörungen rachitischer Kinder von der Rachitis selbst abzusondern, unter letzteren Bezeichnungen eben bloß die Knochenveränderungen zusammenzufassen. Das ist auch für die Beurteilung therapeutischer Erfolge wichtig. Wenn ein rachitisches Kind nicht stehen und gehen kann und dies nach Durchführung irgend eines therapeutischen Regimes erlernt, so ist dies keineswegs als günstige Beeinflussung des rachitischen Prozesses anzusehen, indem dabei die Erscheinungen am Knochensystem oft gänzlich unbeeinflußt bleiben. Man wird künftig vielmehr bei Motilitätsstörungen rachitischer Kinder auf die Beobachtung des Gewebsturgors das Hauptgewicht zu legen haben.

Grätzer.

Charles Herrman. A case of Achondroplasia (Micromelia).

(Archives of Pediatrics, Januar 1903.)

Diese Affektion trägt verschiedene Bezeichnungen: Achondroplasia, Chondrodystrophia foetalis und Mikromelie. Letztere scheint dem Zustand am besten zu entsprechen, da es sich in erster Linie um ein gehemmtes Wachstum der Extremitäten handelt.

Herrman beschreibt einen 15 jährigen Knaben, der von gesunden Eltern abstammt. Er wurde ohne Schwierigkeit geboren und nach den ersten 2 Wochen künstlich genährt. Im Alter von 10 Monaten fielen der Mutter sein großer Kopf und die kurzen Extremitäten auf. Mit 9 Monaten erschien der erste Zahn. Sitzen konnte das Kind nicht vor 5 Jahren, und mit 7 Jahren fing es an zu gehen und gut zu sprechen.

Gegenwärtig zeigt der Knabe einen relativ großen Kopf und auffallend kurze Extremitäten, bei nahezu normalem Körper. Er wiegt 60 Pfund, und seine Höhe entspricht dem Alter von 7 Jahren; der Körper allein ist so groß wie normalerweise im Alter von 13 Jahren; die Extremitäten haben die Länge eines 5 jährigen Alters.

Geistig ist der Junge im allgemeinen ziemlich zurückgeblieben, obwohl sein Gedächtnis für einige Einzelheiten große Schärfe zeigt.

Zeichen von Rachitis, mit welcher diese Affektion recht häufig verwechselt wird, fehlen vollständig.

Digitized by Google

Am Körper ist der Tiefstand beider Schultern und die ausgeprägte Lordose in der Lumbalregion zu bemerken. Die oberen Extremitäten sind sehr kurz; während normalerweise die Finger bis zur Mitte des Oberschenkels reichen, gehen sie hier nur bis zum Trochanter major. Fernerhin ist der Oberarm kürzer als der Unterarm, wieder zum Unterschied von der Norm. Die Hände sind groß im Verhältnis zum ganzen Arm, obschon etwas kleiner als normalerweise; die Finger sind von nahezu gleicher Länge und divergieren in der Art eines Dreizacks.

Die kurzen und muskulösen Beine sind stark gebogen, infolge einer eigentümlichen Artikulation im Knie, die merkwürdigerweise den Bau eines Dachshundbeines wiederholt.

Bis jetzt sind wir über die genauere Pathologie der Mikromelie wenig unterrichtet. Die Schilddrüse wurde stets normal befunden, was auch den therapeutischen Mißerfolg der Thyreoid. extracts à priori wahrscheinlich macht.

Ein Versuch, die Säbelbeine durch operatives Eingreifen zu beseitigen, führte ebenfalls zu keinem günstigen Resultat.

Leo Jacobi (New York).

Vargas (Barcelona). Die Achondroplasie.

(Monatsschrift f. Kinderheilkunde, November 1902.)

V. bringt zunächst zur Kenntnis einen Fall von Achondroplasie oder Chondrodistrophia hypoplastica, der alle deutlichen Charaktere dieser Affektion, aber auch nur diese in sich vereinigt und dadurch ganz besonders dazu dienen kann, diese Krankheitsspezies zu begründen und sie von den anderen derselben Gruppe abzutrennen. Pat. war sicher nicht behaftet mit Rachitis congenita (weder am Schädel, noch am Gesichte rachitische Knochenveränderungen!), auch nicht mit Kretinismus (die Zunge erschien normal klein, das Gesicht intelligent), nicht mit Osteopsatyrosis (trotz kräftiger Manipulationen an den Knochen keine Frakturen). Die radioskopische Untersuchung der Knochen zeigte die Kürze und Dicke derselben und das Fehlen der Epiphyse wegen unterbliebener enchondrischer Ossifikation. Das ist Achondroplasie, unterdrücktes Längenwachstum der langen Knochen wegen mangelnder Ossifikation in den Epiphysenwurzeln während des Fötallebens, bei normaler Beschaffenheit von Kopf, Brust und Bauch, samt den darin eingeschlossenen Eingeweiden.

Verf. bringt die genaue Krankengeschichte und den Untersuchungsbefund des Falles (mit acht vortrefflichen Illustrationen), läßt sich dann aus über die Geschichte und Häufigkeit der Affektion (Angabe aller bisherigen Beobachtungen!), über deren Ätiologie (noch nicht bekannt!), Symptomatologie, Pathogenese (der genaue Mechanismus ist noch dunkel!), Diagnose (auch Verhältnis zum Myxödem), Verlauf und Prognose (der Prozeß erlaubt, ein höheres Lebensalter zu erreichen und alle Funktionen von Schwangerschaft und Mutterpflichten zu erfüllen), endlich über die Therapie (die in Bezug auf das eigentliche Leiden völlig negativ ist und höchstens orthopädische Maßnahmen erheischt).

Grätzer.

Digitized by Google

Fr. Pineles. Über Thyreoaplasie (congenitales Myxödem) und infantiles Myxödem.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 43.)

Es herrschte in der Bezeichnung und Scheidung der verschiedenen Krankheitstypen des Myxödems bisher große Verwirrung. In einem gelegentlich der Karlsbader Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrage bemühte sich P. die Beziehungen der einzelnen Krankheitsbilder zueinander zu sichten. Er kam zu dem Resultat, daß 3 Affektionen auseinanderzuhalten sind: Das auf einem angeborenen Defekt der Schilddrüse beruhende, also eine Entwicklungsanomalie darstellende kongenitale Myxödem, das er „Thyreoaplasie" nennt, dann das infantile Myxödem und der endemische Kretinismus. Eine Zusammenstellung der wichtigsten Unterscheidungsmerkmale dieser drei Erkankungen zeigt folgendes Bild:

	Thyreoaplasie (kongenitales Myxödem).	Infantiles Myxödem.	Endemischer Kretinismus.
Ätiologie:	Chronischer Alkoholismus, Tuberkulose u. neuropath. Belastung in der Aszendenz. Manchmal Konsanguinität.	Die dem idiopath. Myxödem der Erwachsenen zukommenden ätiol. Faktoren. (?)	Eine unbekannte infektiöse Schädlichkeit.
Pathol. Verhalten der Schilddrüse:	Mißbildung im Sinne einer Schilddrüsenagenesie.	Atrophie der Schilddrüse.	Strumöse Entartung der Schilddrüse, manchmal Atrophie.
Klin. Krankheitsbild:	Schweres Myxödem und hochgradige Wachstumsstörung.	Meist leichtere Formen.	Schwerere und leichtere Formen.
Krankheitsverlauf:	Deutliches Auftreten der ersten klinischen Erscheinungen in der zweiten Hälfte der ersten Lebensjahres oder später.	Auftreten der ersten Erscheinungen vom sechsten Lebensjahre an.	Auftreten der ersten Erscheinungen in den ersten Lebensjahren.
Geschlecht:	Starkes Überwiegen des weiblichen Geschlechtes.	Deutliches Überwiegen des weibl. Geschlechtes.	Leichtes Überwiegen des männl. Geschlechtes.
Verbreitung:	In allen Ländern.	Hauptsächlich in Großbritannien und Belgien.	In Kropf- u. Kretinengegenden.

Grätzer.

Rocaz und Cruchet. Kongenitales Myxödem; Stomatitis pseudomembranacea mit Colibazillen; Bronchopneumonie; Tod; Autopsie.

(Archives de méd. des enfants 1903 No. 2.)

Es handelte sich um ein $2^1/_2$jähriges Mädchen, welches alle klassischen Zeichen des Myxödems darbot: der Kopf groß, auf kurzem

Digitized by Google

Halse aufsitzend, sehr großer Bauch, kurze Extremitäten, gedunsenes Gesicht, kleine Augen mit dicken, gleichsam ödematösen Lidern; flache Nase, dicke Lippen, stark hypertrophische Zunge, die es aus dem immer geöffneten Munde heraussteckte; die Haare dick, brüchig; die Zähne klein, die Fontanelle nicht geschlossen. Vollständiges Fehlen der Intelligenz. Temperatur immer subnormal, zwischen 35,2° und 35,8° abends, doch wurden auch Temperaturen von 34° und 34,5° beobachtet.

Während des Aufenthaltes im Krankenhause bekam die Kranke eine schwere Gastroenteritis und kurz darauf eine Stomatitis, bestehend in gelblichen Pseudomembranen an den Lippen und dem vorderen Teil der Zunge; bakteriologisch wurde die colibazilläre Natur derselben erwiesen und sind die Verff. der Ansicht, daß es sich um eine Infektion der Mundschleimhaut durch die Exkremente handele, da das Kind die damit beschmutzten Tücher oft zum Munde führte.

Endlich trat eine Bronchopneumonie auf, welcher Pat. erlag.

Die vorgenommene Nekropsie ergab das vollständige Fehlen der Glandula thyreoïdea, an deren Stelle vier kleine lymphatische Knoten gefunden wurden. Die Haut zeigte eine bedeutende Verdickung des Malpighischen Stratums, des Dermas und des Bindegewebes. Ähnliche epitheliale Hypertrophien bot die Zunge, an welcher namentlich die Papillae fungiformes stark verdickt waren. Das Skelett zeigte eine erhebliche Verspätung der Ossifikation, während die mikroskopische Untersuchung der Muskeln, dieselben als ganz normal erwies.

E. Toff (Braila).

L. Fürst (Berlin). Klinisches und Therapeutisches über die anämische Form der Rachitis.

(Der Kinderarzt 1902 No. 11.)

F. gab solchen Kindern mit bestem Erfolg Syrup. Calcii Ferrophospholactici (Freund), welches sehr bekömmlich und resorptionsfähig ist, eine Vermehrung des Hämoglobingehaltes und schnellere Umwandelung der Knorpel- bezw. Osteoiden in Knochenzellen bewirkt.

Grätzer.

S. Middelton. Two infants with great Enlargement of the Spleen and Anämia.

(The Glasgow med. Journ., Oktober S. 289.)

Der erste Fall betrifft einen 15 Monate alten Knaben mit mäßiger Rachitis und ausgesprochener Anämie. Die Milz ragte bis zum Nabel abwärts, die Leber war nur eben fühlbar. 60 % Hämoglobin, Zahl der roten Blutkörperchen 76 % des Normalen, Temperatur normal. In dem zweiten Fall waren bei dem 21 Monate alten Mädchen stärkere Zeichen von Rachitis vorhanden. Die Milz reichte bis zur Spina iliaca nach abwärts; die Leber war fühlbar. Die Blutuntersuchung ergab keine Vermehrung der Leukocyten, dagegen eine Poikilocytose und kernhaltige rote Blutkörperchen. Während der Behandlung mit

Digitized by Google

Arsen stellt sich in diesem Fall Fieber ein. M. glaubt nicht, daß die Vergrößerung der Milz, sowie die Anämie mit der Rachitis zusammenhinge, sondern daß es sich in beiden Fälle um eine Anämia splenica handelte. Schreiber (Göttingen).

Cima. Beitrag zum Studium der histologischen Veränderungen der Milz bei der infektiösen Anämia splenica der Kinder.

(La Pediatria Nr. 10 1902.)

Die Untersuchungen betreffen zwei Fälle. In dem einen überwiegt die Hyperplasie des Bindegewebes; in dem anderen ist dieselbe zwar auch vorhanden, jedoch tritt besonders hervor eine Infiltration der lymphatischen Elemente der Malpighischen Follikel. Finder.

Isaac A. Abt. Spontaneous Hämorrhages in New-born Children.

(Journal of the American Medical Association, den 31. Januar 1903.)

A. teilt 13 Originalfälle von spontanen Blutungen bei Neugeborenen mit. Am häufigsten blutete in seiner Casuistik der Mund 7mal; 5mal kam das Blut aus dem Darm; die Nase blutete 4mal, der Nabel 3mal; in den übrigen Fällen kam das Blut vom Magen, vom Ohre, aus der Vagina, oder es fand ein subkutaner Erguß statt. In der Ätiologie spielt die Sepsis eine bedeutende Rolle. Therapeutisch erwiesen sich sämtliche landläufige innerliche Mittel, wie Sekale, Eisenchlorid, Nebennierenextrakt u. s. w., als völlig nutzlos. Auch von der lokalen Anwendung dieser blutstillenden Mittel ist nicht viel Gutes zu erwarten. Dagegen empfiehlt sich der örtliche und innerliche Gebrauch von Gelatine. Eine 10procentige Lösung in physiologischer Kochsalzflüssigkeit kann lokal appliziert werden. Auf sorgfältige Sterilisierung der Gelatine ist peinlichst zu achten. Die subkutane Einverleibung von Gelatine bringt leider so zahlreiche Gefahren mit sich, daß man sie mit großem Mißtrauen ansehen muß.

Leo Jacobi (New York).

Eugene Fuller. A New Use for Thyroid Extract u. s. w.

(Medical News, den 28. Februar 1903.)

F. hat einen 15jährigen Bluter mit Schilddrüsenextrakt behandelt und einen eklatanten Erfolg damit erzielt. Der Junge gehörte zu einer typischen Bluterfamilie; vier seiner Onkel und zwei Brüder bluteten zu Tode bei der Beschneidung. Der Knabe selbst litt an hartnäckiger Hämaturie und zeigte geschwollene Gelenke; daneben Anämie und starke Abmagerung. Versuchsweise wurde ihm Schilddrüsenextrakt in Dosen von 0,3 3mal täglich verordnet, mit schlagender Wirkung. Schon nach einigen Gaben hörte die Blutung auf und kehrte seit der Zeit (9 Monate sind bereits verflossen) nicht wieder.

Ein zweiter Fall betraf einen 55jährigen Nephritiker, der ebenfalls Hämaturie bekam. Die Blutung stammte aus der Prostata und

Digitized by Google

wurde durch Cystotomie nebst Drainage vergebens behandelt, um auf die Verordnung von Schilddrüsenextrakt, 3mal täglich 0,3, rasch und völlig aufzuhören.

Leo Jacobi (New York).

Zuppinger. Über subkutane Gelatineinjektionen im Kindesalter.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 52.)

8jähriger Knabe mit Skorbut und schweren Blutungen aus Mund und Nase. Trotz aller Therapie enorme Blutverluste. Injektion von 40 ccm einer 2 %igen selbstbereiteten Gelatinelösung. Nach kurzer Zeit kein Tropfen Blut mehr, Pat. erholte sich vollständig. — 10jähriges Mädchen mit gleichem Krankheitsbilde; Versagen jeglicher Therapie. Injektion von 20 ccm einer 1 %igen Gelatinelösung. Promptes Sistieren der Blutungen, die sich allerdings nach einigen Stunden in schwächerem Grade wieder zeigten (zu schwache Gelatinelösung!), um dann endgültig auszubleiben. — 10jähriges Mädchen mit schwerer Purpura haemorrhagica. Heftige Blutung aus einer Zahnextraktionswunde, die trotz wiederholter sorgfältigster Tamponade mit den besten Stypticis nicht sistiert. Nach Injektion von 10 ccm einer 5 %igen Gelatinelösung prompter Effekt.

In verschiedenen leichteren Fällen wurde die Gelatine in 5- bis 10 %igen Lösungen intern mit bestem Erfolge angewandt.

Grätzer.

E. Oswald. Zur Gelatinebehandlung bei Melaena neonatorum.

(Aus dem Frauenspital Basel-Stadt.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 47.)

Beschreibung von 5 Fällen, von denen nur einer (frühreifes Kind von 1750 g, das auch ohne Melaena hätte zu Grunde gehen können) letal verlief, die anderen vier gerettet wurden. Von diesen vier wurden aber nur zwei mit Gelatine behandelt; die anderen zwei im wesentlichen exspektativ behandelten heilten aber ebenso glatt ab. Das beweist wieder, wie vorsichtig man in der Kritik therapeutischer Maßnahmen sein muß. Allerdings hatte man bei dem einen Falle den „Eindruck“, daß Gelatine lebensrettend wirkte, und sollte man in schweren Fällen gewiß stets diese Behandlung einschlagen, von der freilich erst weitere Beobachtungen lehren müssen, ob sie wirklich von Nutzen ist.

Grätzer.

C. Bolle. Zur Therapie der Barlowschen Krankheit.

(Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie Bd. 6 Heft 6.)

Im Anschluß an einen von ihm beobachteten und innerhalb 17 Tagen durch zweckentsprechende Änderung der Diät geheilten Fälle von Barlowscher Krankheit, äußert sich Verf. über Ätiologie und Therapie dieser seit etwas länger als einem Jahrzehnt häufiger zur Beobachtung kommenden Krankheit ganz in dem Sinne, wie es von seiten anderer Autoren und auch von dem Ref. (von letzterem unter dem ersten Eindruck der ihm im Jahre 1892 aufstoßenden Fälle) geschah.

Digitized by Google

B. glaubt für die Entstehung der Barlowschen Krankheit ausschließlich eine zu lange Sterilisation der Milch (daneben käme wohl auch übertriebene Künstelei in der Ernährung überhaupt, namentlich im ersten Lebensjahre in Betracht! Ref.) verantwortlich machen zu müssen und sieht in einer Ernährungsweise, in der rohe Milch die Hauptrolle spielt, das beste Mittel zu schneller und sicherer Heilung.

Auch in dem von ihm beschriebenen Falle trat bei dem $2^1/_2$jährigen Kinde einer gut situierten Familie, das mit 15 Minuten jeweils sterilisierter Milch und dazwischen mit den verschiedensten Nährpräparaten ständig weiter aufgefüttert wurde, und das neben rachitischen Erscheinungen die charakteristischen Symptome von schmerzhaften Knochenauftreibungen an den Gelenkepiphysen, Schmerzhaftigkeit der Rippenbögen bei der leisesten Berührung und blutige Suggillationen der Mundschleimhaut zeigte, in der erwähnten Frist nach Verabreichung von roher Milch und der Gewöhnung an reichlichen Gemüsegenuß eine derartige Besserung ein, daß das Kind bei ausgezeichnetem Appetit und vollem Wohlbefinden umherlief.

Verf. schlägt in durchaus zweckmäßiger Weise vor, die Kindermilch nur zu pasteurisieren, statt zu sterilisieren, bei Erkrankungen an Barlowscher Krankheit im Säuglingsalter mit der bisherigen Ernährung zu brechen und rohe Milch zu verabfolgen.

Schon früher von B. angestellte Fütterungsversuche hatten zur Evidenz ergeben, daß auch mit sterilisierter Milch ernährte Meerschweinchen unweigerlich an Barlowscher Krankheit zu Grunde gehen, während die Kontrolltiere gesund blieben. Eschle (Sinsheim).

C. Nicolai. Een zeldzame vorm van Morbus Barlowii.

(Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1902 II No. 14.)

9 Monate altes Kind mit plötzlich aufgetretener Protusion des linken Auges, wegen Blutung hinter dem Bulbus. Ekchymosen der Augenlider. Lähmung des Ramus ophthalmicus Nervi trigemini. Auflockerung und dunkelblaurote Färbung des Zahnfleisches, besonders an den Stellen, wo die oberen und unteren Schneidezähne durchgebrochen sind.

Verf. teilt den Fall mit, weil der Exophthalmus nur sehr selten als erstes Symptom eines Morbus Barlowii beobachtet ist. Therapeutisch hatte Diätwechselung die glänzendsten Resultate zur Folge. Diese therapeutischen Erfolge bestätigen die Diagnose.

Plantenga (Haag).

E. Hagenbach-Burckhardt. Die Barlowsche Krankheit in der Schweiz.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte 1902 No. 24).

Mitteilungen über Barlowsche Krankheit in der Schweiz fand H. im ganzen nur 4, die zusammen über 7 Fälle berichten. Wenn auch die Zahl der Beobachtungen in Wirklichkeit etwas größer sein wird, so steht doch fest, daß die Krankheit in der Schweiz selten


Digitized by Google

ist. Das ist eigentlich zu verwundern, da gerade in der Schweiz die Verabreichung von sterilisierter und sogar vielfach zu stark, zu lange und zu häufig gekochter Milch allgemein gebräuchlich ist. Man sieht daraus, daß die ätiologische Seite noch sehr der Aufklärung bedarf.

Im Kinderspital Basel hat H. jetzt den ersten Fall von Barlowscher Krankheit beobachtet. Es handelte sich um ein 11 Monate altes, 3 Wochen mit Muttermilch, dann mit sterilisierter Milch und Hafermehl ernährtes Kind, das die charakteristischen Symptome des Leidens darbot. Bemerkenswert wäre das anhaltende, in der ersten Zeit recht hohe Fieber, welches die Affektion unter dem Bilde einer schweren Infektion oder Intoxikation erscheinen ließ. Grätzer.

L. Wrede (Pathol. Institut Göttingen). Über Pseudotuberkulosebazillen beim Menschen.

(Beitr. zur pathol. Anatomie und zur allgemeinen Pathologie, Bd. XXXII Heft 3.)

Ein Achtmonatskind einer gesunden Erstgebärenden, die nur am dritten und vierten Wochenbettstage Abendtemperaturen von 38,1° und 76 bezw. 72 Pulse bei übelriechendem Ausflusse hatte, sonst aber ein normales Wochenbett durchmachte, starb 36 Stunden nach der Geburt. Die Autopsie ergab neben einigen anderen Befunden: am weichen Gaumen, an Mandeln, Vorder- und Hinterfläche des Kehldeckels und im Verlauf der ganzen Speiseröhre eine äußerst reiche, an submiliare Tuberkel erinnernde Knötchenbildung. Ganz gleiche Knötchen in beiden Nebennieren und im unteren Ileum und im Colon, besonders im Coecum. Ferner war die Leber durchsetzt von äußerst zahlreichen, kleinsten, hellen Knötchen. Die Knötchen erwiesen sich mikroskopisch nicht so scharf abgegrenzt wie der Tuberkel, auch fehlten typische epitheloide und Riesenzellen. Die Knötchen der Leber lagen nicht wie bei der akuten Miliartuberkulose in der Glissonschen Kapsel, sondern ganz unregelmäßig bald im zentralen, bald im intermediären, bald im peripheren Abschnitt der Leberläppchen. In sämtlichen Knötchen nun fanden sich statt der erwarteten säurefesten, Kochschen Tuberkelbazillen kurze, plumpe Stäbchen mit abgerundeten Ecken von 0,5—1,5 μ Länge, die nicht säurefest waren. Meist waren die Stäbchen zu zweit gelagert, oft waren dichte Haufen zu sehen, nicht selten auch Ketten. — Aus den Knötchen der Leber wurde eine Aussaat auf verschiedene Nährböden gemacht. Mit den gezüchteten Reinkulturen wurden Tierversuche angestellt, und zwar an Mäusen, Meerschweinchen und Kaninchen. Sehr auffällig war nun, daß man bei den größtenteils schon nach 2—5 Tagen zugrunde gegangenen Tieren auch hauptsächlich nur in Leber und Nebennieren kleine Knötchen fand, die vollkommen den oben beschriebenen glichen und die gleichen Bazillen enthielten. Den Darmtraktus wie beim Kind zu affizieren, gelang nicht durch die darauf gerichteten Fütterungsversuche. Der von Wrede gefundene Pseudotuberkulosebazillus ist nach Verf. Ansicht

Digitized by Google

mit keinem der bisher beschriebenen vollständig zu identifizieren. — Die Infektion des Kindes ist wahrscheinlich durch bazillenhaltiges Sekret der Geburtswege erfolgt. Schridde (Erlangen).

R. Oehler (Frankfurt a. M.). Über Tuberkulose-Infektion.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1903 No. 5.)

Verf. hat durch Nachforschungen an zahlreichem Krankenmaterial die gefestigte Überzeugung bekommen, daß das Zusammenleben mit Schwindsüchtigen besonders für Kinder eine schwere Gefahr bedeutet, und daß es namentlich die schleichend verlaufenden Tuberkulosen älterer Erwachsener, leichte, ambulante Fälle sind, welche die Infektionsquelle für Kinder abgeben. Grätzer.

K. Preisich und **A. Schütz.** Die Infektion mit Tuberkulose im Kindesalter und deren Bekämpfung.

(Aus dem Stefanie-Kinderhospital zu Budapest.)

(Zeitschrift f. Tuberkulose und Heilstättenwesen Bd. 3 Heft 6.)

Die Verff. stehen unbedingt auf dem Boden einer Anschauung, deren Hochflut sich heute doch wohl schon etwas zu verlaufen beginnt, wenn sie gegenüber der bakteriellen Übertragbarkeit der Tuberkulose die Disposition als eine quantité négligeable betrachten. So vollständig ihnen zuzustimmen ist, daß bei der Bekämpfung der Tuberkulose der Schwerpunkt auf die Beschützung der Kinder zu legen ist, so dürften doch andererseits die Mittel und Wege, die sie für die Erreichung dieses Zieles im Auge haben, ebenso wenig uneingeschränkten Beifall finden, wie sogar diejenigen Gesichtspunkte, unter denen sie selbst Maßnahmen von unzweifelhaftem Wert verlangen. Bedauerlich erscheint es eben, daß den Grundsätzen der wahren Hygiene gegenüber, die auf Verbesserungen der Existenzbedingungen durch Sorge für Licht, Luft, reichliche und kräftige Nahrung, vernunftgemäße Abwechslung zwischen Tätigkeit und Ruhe dringt, die Forderung weitgehender Desinfektions-, Isolierungs- und die Volksseele bevormundender, ja vergewaltigender Polizeimaßregeln in den Vordergrund gerückt werden, auf deren inhumane und antisoziale Konsequenzen Rosenbach[1]) neuerdings ebenso mutig, wie drastisch hingewiesen hat.

Den Grund der Häufigkeit der Tuberkulose im Kindesalter auf eine erhöhte Empfänglichkeit des Kindes zurückzuführen, ist nach der Ansicht der Autoren nicht statthaft, wenn sie auch zugeben, daß nach dem 5.—6. Lebensjahre, zu Beginn des Schulganges, die Gefahr einer tuberkulösen Infektion abnimmt. Der Zimmerschmutz mit seinem Gehalt an Tuberkelbazillen ist ihrer Auffassung nach nämlich die hauptsächlichste Quelle der Ansteckung, gegen die andere Schädlichkeiten, ja auch andere Arten von Schmutz wenig in Betracht zu kommen scheinen: Die bakteriellen Verunreinigungen des Zimmerbodens werden bei Bewegung und beim Spielen der Kinder als Staub

[1]) O. Rosenbach, Arzt contra Bakteriologe. Urban & Schwarzenberg. Berlin 1903 278 S.

Digitized by Google

aufgewirbelt und inhaliert; mit ihnen verunreinigt das Kind seine Nahrung, sein Spielzeug, seine Hände und namentlich auch die Fingernägel, die so zu äußerst gefährlichen Impfinstrumenten werden. Fanden die Verff. doch bei 21,2 % der untersuchten Kinder Tuberkelbazillen im Nagelschmutz. Die Schulzeit scheint denselben allem Anscheine nach darum eine neue gesundheitliche Epoche einzuleiten, weil der Aufenthalt in der Bazillenatmosphäre der elterlichen Wohnung und die Kinderspiele auf dem gefährlichen Boden derselben nun eine Einschränkung erlitten haben. Wie herrlich müssen da die hygienischen Verhältnisse der Schulen Ungarns sein, wenn man dort solche Gegensätze konstruieren darf!

Dadurch daß man, wie heute so häufig, der bloßen Infektionsmöglichkeit die Rolle einer Infektionsnotwendigkeit zuschiebt, glaubt man natürlich der definitiven Lösung des schwierigen Problems keinen Abbruch zu tun. Eine selbständige Auffassungsweise gegenüber der Autorität Kochs bekunden P. und Sch. dadurch — wenn hierzu auch heute nicht mehr ein seltener Mut gehört — daß sie jenem in der Frage der Unübertragbarkeit der Rindertuberkulose auf den Menschen die Gefolgschaft verweigern. Im Gegenteil bildet in ihren Augen die Rindertuberkulose ein weiteres (wenn auch in Anbetracht der ausgiebigen Schlachthauskontrolle und der Einbürgerung der Gewohnheit, die Milch gründlich zu kochen praktisch wenig in Betracht kommendes) Infektionsmoment. Ein solches ersten Ranges demgegenüber und für den Säugling im ersten Lebensjahr (der noch nicht auf dem schmutzigen Zimmerboden spielen kann!) fast ausschließlich in Betracht kommendes Moment sind natürlich die Personen zu schaffen berufen, die sich mit dem Kinde und seiner Pflege beschäftigen. Einer Mutter, die an offener Tuberkulose der Drüsen oder Knochen leidet, soll deshalb nicht nur das Säugen, sondern jede Berührung mit ihrem Kinde untersagt werden müssen: dieses ist bei gesunden Verwandten, Freunden oder speziellen Instituten (Findelhäusern u. s. w.) unterzubringen. Wenn der Verkehr mit dem tuberkulösen Vater oder anderen Angehörigen als leichter vermeidbar nach P. und Sch. keine strengeren Maßnahmen erfordern dürfte, so wäre doch für die Dienstboten eine obligatorische Kontrolle bezüglich aller akuten und chronischen Krankheiten durchaus in ihrem Sinne, während betreffend der Ammen und Wärterinnen selbstredend die gleichen, wie die den Müttern gegenüber zu treffenden Kautelen zu fordern wären.

Wo Tuberkulöse die Wohnungen wechseln, sind diese zu desinfizieren: das setzt natürlich eine obligatorische Anzeigepflicht durch die Ärzte und Allwissenheit der Polizei voraus. Baupolizeilich zu verbieten wären die langen Korredore, wie sie in dem Vaterlande der Verff. häufig zu finden sind, da sie nach den Erfahrungen der letzteren die Bewohner zum Ausklopfen möglicherweise infizierter Teppiche und Kleider gerade an diesem Orte verleiten!

Trotzdem die Autoren schließlich zugeben, daß Armut und Unwissenheit viel zur Übertragung der Tuberkulose beitragen, fordern sie ein polizeiliches Verbot für beide nicht, sondern begnügen sich vorderhand damit, auf den Beginn des Unterrichtes in der Hygiene

Digitized by Google

schon in den Elementarklassen der Schulen und auf wiederholte Aushändigung von Vorschriften zur Verhütung der Tuberkulose nach bewährtem Schema an Eltern, Pfleger und Lehrer, mindestens bei der Geburt des Kindes, sowie beim Beginne des Schulunterrichtes zu dringen.

Die an „offener" Tuberkulose leidenden Kinder sind natürlich von Kinderbewahranstalten und Spielplätzen auszuschließen. Wohl um die Jugend von dem gefährlichen Herumspielen auf dem durch Tuberkelbazillen verpesteten Stubenboden der elterlichen Wohnung abzuhalten, soll sie, falls dort nicht hinlängliche Aufsicht garantiert ist, über die Mittagspause in der Schule behalten und dort beköstigt werden: „Mit letztgenannten Verfügungen wäre bei uns mehr geholfen, als mit Volksküchen für Kinder, wie sie im Auslande angetroffen werden."

Jeder arbeitsunfähige Phthisiker, der daheim nicht isoliert werden kann, muß ebenso wie jedes größere lungenkranke Kind, unbedingt ins Spital verbracht werden; das Gleiche gilt für die Fälle von offener Knochen- und Drüsentuberkulose. Für die Fälle chirurgischer Tuberkulose wünschen die Autoren die Errichtung besonderer Spitäler, wie auch besonderer Ordinationsanstalten. Den Ärzten sollen Laboratorien zur — vermutlich für die ersteren — unentgeldlichen Untersuchung der Sekrete zur Verfügung gestellt werden, damit die Feststellung der Diagnose kein Säumnis erleide. — Die anderen, weniger originellen, aber auch weniger in das soziale Leben eingreifenden Forderungen der Verff. — Landaufenthalt in den Ferien für die Schulkinder, Errichtung von Seehospizen und „suburbainer" Sanatorien, womöglich in mildem Klima und am Meeresufer, Belehruugen über die Unsitte des Spuckens auf den Boden, des Vorkostens und Anblasens der Kindesnahrung u. s. w. — verlieren durch den Mangel an Eigenartigkeit nichts an ihrem Wert.

Ob es uns Ärzten wohl geglaubt werden wird, daß wir gerade aus Menschenliebe für alle derartigen Maßregeln, wie die zuerst charakterisierten plaidieren, wenn wir methodisch im Hause und in der Öffentlichkeit die Liebe zum Kranken in Furcht vor ihm und vor der Ansteckung verwandeln?

Eschle (Sinsheim).

J. Frank. Primary Tuberculosis of the Parotid Gland.

(Annales of Surgery, Dezember 1902.)

Bericht über einen Fall von Primärtuberkulose der Parotis bei einem 22 Monate alten Kinde. Heilung nach Operation war vollständig.

Solche Fälle sind selten. Verf. glaubt den ersten diesbezüglichen amerikanischen Bericht geliefert zu haben.

Der tuberkulöse Prozeß ist meist diffus, sehr selten umschrieben, und der Verlauf, wie auch bei sonstigen chronischen Infektionen, langsam. Die Erkennung stößt auf erhebliche Schwierigkeiten. Häufig sind zuerst Lues, Parotitis, bösartige Neubildung und dgl. vermutet. Die Affektion ist eine rein lokale und gibt dementsprechend eine

Digitized by Google

gute Prognose. Operatives Eingreifen führt fast immer zur Dauerheilung. Es ist nicht einmal in jedem Falle notwendig, die ganze Drüse zu exstirpieren.

Leo Jacobi (New York).

W. M. Smith. Two cases of Tuberculosis of the heart and pericardium.

(The Edinburgh medical journal, Oktober 1902 S. 356.)

Der erste Fall betrifft einen 3jährigen Knaben, bei dem während des Lebens eine ausgebreitete Tuberkulose der Lungen konstatiert wurde. Geräusche seitens des Herzens fehlten. Bei der Autopsie fand sich eine ausgebreitete Tuberkulose der Lungen und des Herzens. Betroffen war sowohl das Perikard wie Myokard und Endokard. Der zweite Fall betrifft einen 42jährigen Pat., bei dessen Autopsie eine allerdings geringere Tuberkulose des Herzens gefunden wurde. S. glaubt, daß die gute Versorgung des Herzens mit Blut sowie seine ständige Bewegung das seltene Auftreten von Tuberkulose im Herzen erkläre. Die ausgedehntere Tuberkulose, welche in dem ersten Fall gefunden wurde, erkläre sich durch die Verwachsungen der Perikardialblätter, wodurch das Herz ebenso in seiner Tätigkeit beschränkt sei, wie durch die tuberkulösen Veränderungen in seiner Umgebung.

Schreiber (Göttingen).

C. Emanuel. Über intrabulbäre Tuberkulose bei Kindern und Bemerkungen über die Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Netzhauttumoren.

(Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde XL. II.)

Die diagnostischen Irrtümer, die bei Unterscheidung von Gliom der Netzhaut und klinisch ähnlich verlaufenden intrabulbären Erkrankungen noch häufig vorkommen, führt E. darauf zurück, daß man bisher an sich sehr verschiedenartige Prozesse unter dem Namen Pseudogliom zusammengefaßt hat. Er verwirft diesen Ausdruck und betont die Notwendigkeit einer Gruppierung dieses Prozesses vom pathologisch-anatomischen Gesichtspunkt aus. Sodann berichtet er über 3 Fälle intrabulbärer Tuberkulose bei Kindern, von denen zwei als Glioma retinae diagnostiziert wurden, während in dem dritten die Diagnose in suspenso blieb. Beim ersten handelte es sich um einen $5^1/_2$ jährigen Knaben, bei dem rechts eine Ablatio retinae bestand, und bei welchem man im hinteren Teil des Glaskörpers eine gelbliche Geschwulst sah, die fast bis an die Linse zu reichen schien. Die mikroskopische Untersuchung des enukleierten Bulbus ergab, daß dieser Tumor ein kirschkerngroßer Solitärtuberkel der Chorioidea war. Fall II war ein 10jähriger Knabe, bei welchem man im linken Auge ophthalmoskopisch in der Gegend des hinteren Pols eine Geschwulst bemerkte, die von den Netzhautgefäßen überzogen war. Sie wurde innerhalb 4 Wochen deutlich größer und der Bulbus deshalb entfernt. Die Neubildung entpuppte sich als eine circumscripte, von der Sklera ausgehende tuberkulöse Wucherung. Bei dem dritten

Digitized by Google

Kind, im Alter von 6 Jahren, zeigte die Sklera an mehreren Stellen, besonders am Äquator buckelförmige Hervortreibungen. Die Iris war atrophisch, im Glaskörper sah man eine gelbliche Masse, die der Hinterfläche der Linse direkt anzuliegen schien. Das Gliom wurde hier vorgetäuscht durch eine diffuse tuberkulöse Entzündung der Chorioidea und Retina.

E. bespricht sodann die Differentialdiagnose zwischen tuberkulösen Pseudotumoren und echten intraokulären Neubildungen. An der Hand der vorerwähnten Krankengeschichten weist er nach, daß namentlich die von Lagrange angegebenen Merkzeichen, wie das multiple Auftreten, das Vorhandensein entzündlicher Symptome und die Hypotonie nicht unbedingt verläßlich sind. Freilich vermag er andererseits keine wesentlich neuen Punkte zur Erleichterung der Diagnose zu bringen. Die Differentialdiagnose zwischen den in Frage kommenden intraokulären Erkrankungen bleibt vorläufig noch schwierig und unsicher.

E. Enslin (Erlangen).

Neumann (Wien). Klinische Bemerkungen über die Tuberkulose der Haut.

(Wiener klin. Rundschau 1903 No. 1.)

N. läßt sich über die verschiedenen Arten des Infektionsmodus an, wie z. B. über den durch aktive und passive Oskulation. Besonders eingehend behandelt er die Übertragung der Tuberkulose auf die Kinder durch tuberkulöse Beschneider, die Blutungen durch Saugen mit dem Munde zu stillen suchen.

Es kann mit voller Sicherheit angenommen werden, daß die Tuberkulose den Kindern viel häufiger inokuliert wird, als man allgemein annimmt, und in der Literatur verzeichnet ist. Diesbezüglich ist sehr zu beachten, daß die Eiterungs- und Geschwürsprozesse nach der Zirkumzision gewöhnlichen Ursachen, nämlich der Invasion von Eiterkokken zugeschrieben werden. In anderen Fällen, in denen die Geschwüre einen ungewöhnlichen Charakter aufweisen, werden sie entweder für venerisch gehalten, zumal wenn die Leistendrüsen vereitern, oder wenn sie intumesziert bleiben, für Syphilis und als solche behandelt. Aber die durch Zirkumzision inokulierte Tuberkulose bleibt nicht auf dem Penis und den regionären Lymphdrüsen lokalisiert, sondern schreitet auf den Lymphbahnen zu den Lymphdrüsen des Beckens vor. Nach kürzerer oder längerer Zeit kommt es in diesen zur Verkäsung und zum Zerfall, mit Perforation in die Bauchhöhle und mit tödlicher Peritonitis. Oder es entwickelt sich Tuberkulose der anderen Organe der Bauchhöhle, wahrscheinlich auch in entlegenen Organen, an der die Kinder auch nach der Heilung der Zirkumzisionswunde zugrunde gehen. Die tuberkulösen Zirkumzisionsgeschwüre gleichwie die zerfallenen Lymphdrüsen bilden ebensoviele Infektionsquellen, durch deren direkten und indirekten physischen Kontakt die Tuberkulose sowohl auf andere Körperstellen der Träger selbst, insbesondere auf ekzematöse, als auch auf andere Individuen übertragen werden kann. In letzterer Beziehung dürfte es genügen,

Digitized by Google

auf die von Demme konstatierte Invasion von Tuberkelbazillen in ekzematöse Hautflächen zu verweisen. Gleich wie diese, vermögen die Tuberkelbazillen in jede andere der Schutzdecke entblößte zugängliche Stelle der Haut und Schleimhaut einzudringen. Diese tuberkulösen Geschwüre bilden daher eine bedrohliche Infektionsquelle für diejenigen Personen, die der Pflege dieser Kinder obliegen, Mutter, Amme, Kindsmädchen, zumal der direkte Kontakt mit den Pfleglingen nicht bloß sehr häufig, sondern auch von längerer Dauer ist. Auf diese Weise kann, erleichtert durch die durch Unkenntnis des Charakters des Leidens bedingte Sorglosigkeit, kutane Tuberkulose der Pflegepersonen, wie die an den Fingern, den Interdigitalfalten vorkommende Tuberculosis verrucosa cutis, der an den Vorderarmen lokalisierte Lupus pernio, aber auch andere Lupusformen am Gesichte infolge von direktem physischem Kontakt entstehen. Aber es ist auch der indirekte körperliche Kontakt zu beachten, und die Übertragung durch gebrauchte Verbandstücke, Benützung von zur Reinigung dienenden Wäschestücken und anderen Utensilien, durch Beisammenliegen mit dem tuberkulösen Kinde. Angesichts der Widerstandsfähigkeit des Tuberkelbazillus und der angenommenen Entstehung der Lungentuberkulose per inhalationem können die in Rede stehenden Tuberkulosenherde auch die Infektionsquellen für die Lunge abgeben.

Grätzer.

G. Ciechansky. Über die Lichttherapie der tuberkulösen Gelenkaffektionen bei Kindern.

(Praktitschesky Wratsch 1902 No. 35.)

Bereits seit 3 Jahren beschäftigt sich der Moskauer Arzt Ciechansky mit der Lichtbehandlung der Gelenktuberkulose. Während dieser Zeit wurden in seinem Lichtheilinstitute acht derartige Fälle der Phototherapie unterworfen, und zwar 3 Erwachsene und 5 Kinder. Bei dem einen Kinde waren 5 Gelenke gleichzeitig ergriffen, bei den vier übrigen bestand tuberkulöse Gonitis. Das Verfahren war folgendes. Täglich wurde das befallene Gelenk in entblößtem Zustande der Einwirkung des warmen Lichtes eines Voltabogens ausgesetzt. Das Licht wurde durch einen hinter dem Flammenbogen aufgestellten parabolischen Spiegel aus Neusilber konzentriert und ungekühlt auf die Haut des kranken Gelenkes projiziert. Die Stromstärke betrug 80—120 Ampère, die Spannung 35—40 Volt, die Lichtstärke etwa 12000 Normalkerzen, die Temperatur des Strahlenbündels ca. 37—40° R. Der Kranke wurde je nach seiner Empfindlichkeit 3—5 m weit vom Lichtbogen gelagert. Die Mehrzahl der Kinder ertrug die sich entwickelnde Wärme, ohne irgendwelche Beschwerden zu äußern. Ein etwa auftretendes Gefühl von Brennen wurde durch ein sanftes Streicheln beseitigt. Während der Séance rötet sich die Haut, und die subkutanen Venen zeigen gesteigerte Blutfülle; eine Reihe von Stunden hindurch (manchmal bis zum Abend) dauerte das Wärmegefühl im Gelenke fort. Im Verlaufe der Lichtbehandlung wurden sämtliche Medikamente und sonstige Heilmethoden ausgesetzt.

Digitized by Google

Die behandelten Kinder standen in einem Alter von 2—5 Jahren. Bei zweien von ihnen konnten aus äußeren Gründen die Beobachtungen nicht zu Ende geführt werden. Aus den mitgeteilten 3 Krankengeschichten glaubt der Verf. folgende Schlüsse ziehen zu dürfen. Die Anwendung von warmen Lichtstrahlen bei Gelenktuberkulose verdient ernste Beachtung und ist imstande erfreuliche Resultate zu zeitigen. Am ehesten tritt bei dieser Methode eine Linderung der Schmerzen, sodann völlige Schmerzlosigkeit ein. Gleichzeitig bessert sich Schlaf und Appetit, der allgemeine Ernährungszustand wird dementsprechend gehoben. Am spätesten verliert sich die Geschwulst und wird die Beweglichkeit im Gelenke wiederhergestellt. Absolute Ruhe und Extension sind bei dem in Rede stehenden Verfahren nicht notwendig. Eine Beseitigung der Verkürzung des kranken Beines und der Abmagerung desselben kann durch die Lichttherapie nicht erzielt werden. Bei Neigung der Tuberkel zum Zerfall ist die Behandlung mit kaltem Licht vorzuziehen.

A. Dworetzky (Moskau).

T. M. Rotch. Tuberculous Peritonitis in Early Life: With special Reference to its Treatment by Laparotomy.

(Journal of the American Medical Association, den 10. Januar 1903.)

Eine energische Befürwortung der frühzeitigen Laparotomie in der Behandlung tuberkulöser Peritonitiden im Kindesalter. Heutzutage bringt eine derartige Operation minimale Gefahren mit sich; andererseits aber ist die Gefahr einer allgemeinen Tuberkulose bei lokalisirten Peritonitiden sehr bedeutend: daher operiere man frühzeitig in allen Fällen von chronisch verlaufender umschriebener Bauchfellentzündung, ohne erst mit Einreibungen und innerlichen Mitteln Zeit zu vergeuden. Kontraindiziert ist die Operation, wo bereits Lunge, Gehirn oder Drüsen und Knochen in ausgedehntem Maße tuberkulös mit erkrankt sind. Ein bestehender Aszites verbessert wesentlich die Prognose; dagegen sind die Aussichten bei der fibrösen Form ungünstig. Tuberkulöse Mesenterialdrüsen sowohl als Geschwüre der Darmwand sind naturgemäß ernste Komplikationen, jedoch wird durch sie ein günstiger Ausgang keineswegs unwahrscheinlich gemacht.

Allerdings bleibt die Laparotomie im ersten Lebensjahre meist erfolglos, da es sich hier am häufigsten um allgemeine Tuberkulose mit Beteiligung des Bauchfells handelt.

Folgt Bericht über 13 operierte Fälle, die zu einer Serie von 20 Operationen gehören. Zwei starben einige Monate nach dem Eingriff, ein Kind erkrankte aufs neue nach einem Jahre und zehn blieben gesund nach einem Zeitraum von 3 Monaten bis zu 9 Jahren.

Leo Jacobi (New York).


Digitized by Google

G. A. Sutherland. The Prognosis of tuberculous Peritonitis in Children.

(Archives of Pediatrics, Februar 1903.)

Die Prognose der tuberkulösen Peritonitis im Kindesalter ist ein viel umstrittener Gegenstand. Vor 25 Jahren betrachtete man die Aussichten als so ziemlich hoffnungslos. Später gab die operative Behandlung Anlaß zu optimistischen Erwartungen. Heutzutage suchen wir noch immer nach festeren Gesichtspunkten.

Verf. hat seine Studien an 41 Krankenhausfällen gemacht. Davon starben elf, ein Fall blieb ungebessert, 39 wurden „geheilt", d. h. sind zur Zeit noch gesund. Die Mortalität betrug somit 26,8 %. Chirurgisch wurden 14 Fälle behandelt, mit 7 Heilungen (50 %); die übrigen genossen klinische Behandlung, und darunter kamen 22 zur Heilung (81,3 %).

Unkomplizierte tuberkulöse Peritonitis dauert in der Regel 6 bis 12 Monate oder länger, und zeigt beim sonst gesunden Kinde eine unverkennbare Heilungstendenz. Diese wird durch schlechte hygienische Verhältnisse, hereditäre Disposition, allgemeine Schwäche, interkurrente Krankheiten u. dgl. ungünstig beeinflußt. Somit hängt unsere Prognose häufig von indirekt wirkenden Momenten ab. Andererseits richtet sie sich nach der klinischen Krankheitsform. Es gibt eine akut einsetzende Varietät, auf die ein chronischer Verlauf folgt, mit Aszites, hohem Fieber und Auftreibung des Leibes. Solche Fälle heilen oft vollständig ab. Eine andere und häufigere Form setzt langsam und schleichend ein. Aszites scheint dabei für den günstigen Ausgang zu sprechen, ebenso Knotenbildungen, Darmverklebungen und die Verbindung mit tuberkulöser Pleuritis. Dagegen sind andauerndes Fieber, eine hohe Pulsfrequenz (über 110) hartnäckige Durchfälle, starke Auftreibung des Leibes, rasche Abmagerung und Rückfälle der Krankheit lauter ungünstige Momente.

Noch schwerer fallen Komplikationen in die prognostische Wagschale. Darmgeschwüre, Verkäsung der mesenterialen Lymphdrüsen, Eiterherde, ausgesprochene Obstruktionserscheinungen; Lungentuberkulose, Meningitis, und allgemeine Miliartuberkulose sind die gewöhnlichen Todesursachen.

Die Prognose erfährt durch unsere Therapie eingreifende Änderungen. Medikamentös und hygienisch-diätetisch können wir den Prozeß zwar nicht direkt, wohl aber auf Umwegen durch Hebung der Widerstandsfähigkeit unserer Kranken einigermaßen in Schranken halten. Wo uns die klinische Behandlung im Stich läßt, da bietet auch die vielfach empfohlene einfache Laparotomie keine besseren Aussichten. Von zwölf operierten Fällen starben sechs, und wenngleich der Tod erst 1—6 Monate später eintrat und somit keine unmittelbare Folge der Laparotomie war, konnte man aus sämtlichen 12 Fällen keine bestimmten Fingerzeige zu gunsten der operativen Therapie ersehen, und letztere sollte demnach lediglich für geeignete Komplikationen, wie Darmverschluß und andere, reserviert werden.

Leo Jacobi (New York).

Digitized by Google

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte.

(Sitzung vom 1. Februar 1903.)

I. Herr Rensburg (Solingen) demonstriert die makroskopischen und mikroskopischen Präparate zweier **Fälle von Hauttuberkel als Symptom von akuter Miliartuberkulose.** Die Hautstücke kommen von zwei Brüdern, die in kurzer Zeit an Miliartuberkulose zugrunde gingen. Sie stellen vereinzelte über die ganze Haut verbreitete, derbe, mohnkorngroße bis höchstens hanfkorngroße rote, sich von der gesunden Umgebung scharf absetzende Knötchen dar, die stellenweise mit einem kleinen Schüppchen bedeckt sind, stellenweise aber auch wie sie unter den Augen des Arztes entstanden auch unter dessen Augen wieder sich zurückbildeten, Übergang und Ulceration konnte nicht bemerkt werden. Mikroskopische Befund: Junges Granulationsgewebe, scharf von der Umgebung abgesetzt ohne besondere Gefäßneubildung, an einer Stelle deutlich nekrotisierte Gewebsmassen; das Stratum corneum über den Knötchen erhalten (nicht durchbrochen von ihnen) und verdickt; keine Riesen- oder epitheloiden Zellen; am Grunde des Knötchens reichlich Tuberkelbazillen; in den Gefäßen sind Bazillen nicht nachweisbar.

Die Miliartuberkel der Haut scheinen sehr selten zu sein, sie sind in keinem Lehr- oder Handbuch erwähnt, obschon sie ja auch differentialdiagnostisch verwertbar sind. Auch in der Literatur findet sich nur eine analoge Publikation von Leichtenstern. Im Anschluß an die Präparatdemonstration zeigt R. ein Kind, das neben anderen Zeichen einer Tuberkulose (Pleuritis, Fungus des Handgelenks, Spitzenaffektion der rechten Spitze) auch diese Hauttuberkulide in gleicher klinischer Form zeigt, sie sind zum Teil in kleine Skrofuloderme umgewandelt, zum Teil zeigen sie noch die ursprüngliche derbe, mit den oben demonstrierten identische Form. Die klinisch gestellte Diagnose soll noch histologisch und bakteriologisch an einem exzidierten Knötchen erhärtet werden.

II. Herr Castenholz (Köln). In seinem Vortrage **„Über die Ätiologie der Rachitis“** erläutert C. zunächst die im Jahrbuch für Kinderheilkunde 1895 veröffentlichte Arbeit von Wachsmuth „Zur Theorie der Rachitis“; in welcher die Rachitis als eine CO_2-Intoxikation des kindlichen Körpers oder eine Asphyxie des wachsenden Knochens bezeichnet wird. Diese CO_2-Theorie der Rachitis hält C. für diejenige, welche sich am meisten mit den klinisch beobachteten Tatsachen deckt.

Im allgemeinen wird die Rachitis nicht so beobachtet, daß man zu richtigen Schlüssen kommen kann. Es ist vielmehr erforderlich, neugeborene Kinder von Müttern, deren frühere Kinder schon rachitisch waren, so zu beobachten, daß man im stande ist, die Rachitis entstehen zu sehen. Zu dem Zwecke müssen schon während der Schwangerschaft nicht durch bloße Aufnahme einer Anamnese, sondern durch eigne persönliche Untersuchung die sozialen und hygienischen Verhältnisse sowie die Lebensgewohnheiten und die Gesundheit der Eltern möglichst genau festgestellt werden. Das in diese Verhältnisse eintretende, neugeborene Kind muß alsdann genau beobachtet werden. Diese Art der Beobachtung ist nicht leicht. Die Ergebnisse bestätigen aber durchaus die Wachsmuthsche Theorie; man sieht die Rachitis stets infolge hygienischer Fehler in der Wartung und Pflege der Kinder entstehen. Diese Fehler sind alle geeignet, den CO_2-Gehalt im kindlichen Körper zu erhöhen. (Die Arbeit soll im Jahrbuch für Kinderheilkunde veröffentlicht werden.)

Zur Diskussion: Herr Paffenholz kann sich der Annahme des Vortr., mit der Hygiene des Kindes im engeren Sinne, besonders mit dem Sauerstoffmangel bezw. der Kohlensäureüberladung des Blutes, die Ätiologie der Rachitis erklären zu können, nicht anschließen, hält vielmehr die Ätiologie der Rachitis augenblicklich noch für unbekannt. Das vom Vortr. in den Vordergrund gestellte Moment möge mitwirken, aber nicht anders als auch andere Schädlichkeiten (Verdauungsstörungen u. dergl.). Er bespricht 4 Kinder einer gutsituierten Familie, von denen das erste ganz gesund blieb, von den andern drei aber zwei erkrankten an zwar leichter aber unzweifelhafter Rachitis. Nach der Geburt des ersten Kindes machte die Mutter Gelenkrheumatismus leichten Grades durch und später auch der Vater; dies erinnert ihn an eine Publikation von Edlefsen, der die sonderbaren Koinzidenzen von Gelenkrheumatismus, krupöser Pneumonie und Rachitis in Hamburg

Digitized by Google

und Altona studiert hat. Die möglichst frühe Beobachtung rachitischer Prozesse sei sehr wertvoll, aber vielleicht doch nur mit dem Röntgenapparat zu erreichen.

Herr Selter. Wie erklärt uns Herr Castenholz die CO_2-Anhäufung des Blutes im Knochen? Wie erklärt er die Wirkung der Phosphortherapie? Die Erklärung ist nicht befriedigend. Meine Überzeugung ist, daß wir unter Rachitis eine Summe verschiedener Erkrankungen oder Krankheitserscheinungen verstehen müssen, die wir noch nich völlig richtig zu verstehen und zu gruppieren in der Lage sind. Gehen wir einmal den einzelnen Krankheitserscheinungen nach, vielleicht werden wir dann das Wesen der Rachitis eher klären. Klinisch ist Rachitis ein Sammelname.

Herr Conrads kann in der chronischen CO_2-Überladung nur eine der Ursachen nicht aber das Wesen der Rachitis erkennen. Sonst wäre die sehr große Verschiedenheit in der Mortalität der Brust- und der Flaschenkinder nicht zu erklären; sonst würden auch die nervösen Erscheinungen (Kopfschweiße, Konvulsionen) bei Zufuhr frischer Luft doch in höchstens einigen Tagen verschwinden müssen (was man natürlich von den anatomischen Veränderungen am Knochen nicht erwarten darf). Auch spricht gegen diese Theorie das zweifellose Vorkommen der Rachitis bei hygienisch einwandfrei aufgezogenen Kindern, namentlich in den besser situierten Kreisen.

Herr Rensburg fragt an, inwiefern durch die Theorie Castenholz erklärt wird der Umstand, daß Brustkinder viel weniger häufig Rachitis haben als Flaschenkinder, er glaube, daß da doch, wie noch in ganz neuester Zeit im Zuntzschen Laboratorium nachgewiesen wurde, die Kalkresorption eine Rolle spielt.

Herr Mayer. Eine Stütze der Castenholzschen Theorie ist das häufige Vorkommen von adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum bei rachitischer Skoliose. Die dadurch behinderte Atmung ist bei der Therapie der frischen Rachitis zunächst zu regeln. Ich beobachte die adenoiden Wucherungen allerdings nur bei den Kindern, die zu mir wegen ihrer Verkrümmungen kommen als Nebenbefund, glaube aber nach meinen Beobachtungen, daß die adenoiden Wucherungen in einem Zusammenhange mit der frischen Rachitis stehen.

Herr Dreher steht der Theorie des Herrn Castenholz sympathisch gegenüber gerade mit Rücksicht auf die Therapie der Rachitis und ihren Erfolg. Er glaubt, daß Rachitis kein einheitliches Krankeitsbild ist, daß insbesondere die rein nervösen Symptome von ihm getrennt werden müssen. Die Knochenerkrankungen werden seiner Meinung nach durch Phosphoröl nicht beeinflußt, wohl aber die sehr häufig daneben bestehenden Nervenerscheinungen, wie Laryngospasmns u. s. w. Diese letzteren aber auch durch andere therapeutische Maßnahmen, wie Darreichung von Brom, die ihrerseits sicher keinen Einfluß auf die Knochenerkrankung haben.

Herr Paffenholz ist nicht der Meinung, daß mit dem Wort Rachitis mehrere Krankheiten bezeichnet werden, sondern, daß die Rachitis eine ätiologisch und pathologisch einheitliche aber in ihrem Wesen noch ganz unbekannte Krankheit sei, die aber in verschiedener Heftigkeit bezüglich der Anzahl der Symptome (Knochenveränderungen, Laryngospasmus, verminderte Turgeszenz der Haut u. s. w.) auftrete. Aus dem Einfluß irgendwelcher Therapie auf die Knochenveränderungen bezw. der Wirkungslosigkeit Schlüsse auf die Ätiologie der Rachitis zu ziehen, hält er bei dem monate- oder selbst jahrelangen Prozeß nicht für berechtigt.

Herr Castenholz (Schlußwort). Auf die Ausführungen von Herrn Selter bemerkt C., daß die konstitutionelle Natur der Rachitis nicht wohl mehr angezweifelt werden kann. Die CO_2-Überladung glaubt C. ausreichend begründet zu haben und muß zugleich auf die Wachsmuthsche Arbeit verweisen. Die CO_2-Theorie ist zunächst die einzige, welche es ermöglicht, alle konstitutionellen Symptome der Rachitis mit einer einzigen Ursache zwanglos zu erklären. Das spricht für ihre Richtigkeit. Was die Phosphortherapie anlangt, so ist sie bei leichten Fällen durchaus unangebracht, bei schwereren Fällen hat C. persönlich wenig Erfolg gesehen. Die Wirkung würde sich durch die Affinität des P zu CO_2 erklären. Wenn der P CO_2 bindet, schwindet die Zusammenziehung der kleinen Arterien, die Stauungshyperämie geht zurück und die Verkalkung schreitet schneller fort. Der Phosphor soll auch auf das Zellprotoplasma von günstiger Einwirkung sein.

Herrn Conrads und Rendsburg erwidert er, daß Brustkinder schon deshalb weniger leicht an Rachitis erkranken, weil sie von der Mutter viel mehr

Digitized by Google

an die frische Luft genommen werden. Im übrigen ist der Unterschied nicht so groß zwischen der Erkrankung von Brust- und Flaschenkindern an Rachitis, wie man im allgemeinen annimmt, wenigstens nicht in den niederen Kreisen der Bevölkerung. Wo in besseren Kreisen die Kinder genährt werden, da ist auch im allgemeinen die hygienische Behandlung eine sorgfältigere. Außerdem ist eine geeignete Nahrung doch auch an und für sich dem Zellenwachstum günstig, bei schlechter hygienischer Behandlung ist sie aber auch nicht im stande, die Rachitis zu verhüten. Dagegen ist eine verkehrte Ernährung für sich allein nicht fähig, Rachitis zu erzeugen, wie übrigens jetzt allseitig anerkannt wird. Die mangelhafte Kalkresorption im Darm rachitischer Kinder ist ebenfalls abgetan, da von Rüdel und Rey nachgewiesen ist, daß bei Darreichung von essigsaurem Kalk der Kalkgehalt im Urin rachitischer Kinder anstieg.

III. Herr Selter (Solingen). **Vorläufige Mitteilung über Buttermilchkonserven.** Ausgehend von der Erfahrung, daß die Buttermilch in der Therapie der Verdauungsstörungen der Säuglinge als leichtverdauliche Eiweißmilch (kaseinarme Milch) ein schwer entbehrliches Nährpräparat sei, hat S. bei Anwendung derselben sehr unangenehm empfunden, daß verwendbare Buttermilch nicht tagtäglich und überall zu beschaffen ist, und daß selbst an Orten, wo einwandfreie Molkereien bestehen, die Buttermilch, weil Nebenprodukt der Butterfabrikation, nicht immer für den Säuglingsdarm unschädlicherweise gewonnen wird, sondern krankmachenden Gärungen — schleimige, fettsaure, essigsaure Gärung — unterworfen ist. Aus diesem Grunde hat S. eine rein milchsaure Buttermilch in Konservenform durch die deutschen Nährmittelwerke herstellen lassen. Nach diversen Nährversuchen wurde als zweckmäßigste Form der Herstellung diejenige mit nur Zucker gefunden. Die Konserve mit 3 Teilen Wasser gemischt ergibt eine Nahrung von

2,59 % Eiweißstoffe (0,44 % Albumin, 2,15 Kasein),
0,5 „ Fett,
8 „ Zucker,
0,5 „ Milchsäure, entsprechend ca. 600—650 Kalorien pro 1000 g.

Bezüglich des Eiweißgehaltes sowie des Verhältnisses des Kaseins zum Albumin würde also die Nahrung die Mitte zwischen Kuhmilch und Frauenmilch halten. Die Ausführungen wurden mit einer Anzahl Auszügen aus Krankengeschichten und Versuchsprotokollen belegt.

Diskussion: Herr Paffenholz hält die Sonntagsstörungen im Buttermilchbetrieb für vermeidlich, wenn Samstags das doppelte Tagesquantum frisch geliefert und sofort gekocht wird. Er macht einige Mitteilungen über Erfolge mit Buttermilchernährung. Störungen von allzu hohem Säuregrad (über 23 Soxhlet) waren geringfügig, wenn es sich nur um Milchsäure handelte; es ist wichtig, daß keine Buttersäuregärung stattfindet. Rey (Aachen).

Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

Sitzung am 12. Januar 1903.

(Centralblatt f. Chirurgie 1903 No. 9.)

Herr Hoffa: **Beiträge zur Sehnenplastik.** H. gibt einen Überblick über ca. 100 Fälle die er durch Sehnenplastik behandelt hat. Die Resultate waren im allgemeinen gute. Um dieselben zu erzielen, ist die erste Bedingung eine exakte Aseptik. H. benutzt zur Naht Seide, die in 1‰iger Sublimatlösung gekocht ist. Primäre Eiterung bedingt einen Mißerfolg; H. erlebte sie 4 mal unter 120 Fällen. Von der nachträglichen Ausstoßung von Seidenfäden wurde das Resultat in der Regel nicht beeinträchtigt. Zum zweiten ist für gute Blutstillung zu sorgen; durch Nachblutungen wird die Bildung festen Sehnengewebes verhindert. Drittens ist eine genügend lange Fixation erforderlich. Auch Tierexperimente ergaben die Bedeutung dieser drei Momente für die Entwicklung eines festen sehnigen Gewebes an der Nahtstelle. Fixierende Verbände wurden gewöhnlich 6 Wochen hindurch angewandt. Endlich muß man bei der Operation darauf bedacht sein, eine genügende Spannung der Sehnen herzustellen. H. ist der Überzeugung, daß in manchen Fällen von Lähmung eines Muskels nur eine Funktionsunfähigkeit besteht, weil die Muskeln zu lang und zu gedehnt sind; man vermag dann durch Sehnenverkürzung den Tonus wieder herzustellen. Er führt darauf einen funktionellen Erfolg zurück, den er bei einer Facialislähmung hatte, wo er aus kos-

Digitized by Google

metischen Gründen eine Keilexzision aus der Wange gemacht und den unteren Teil der Wange an den Jochbogen angenäht hatte. Im übrigen erreicht man durch die Sehnenplastiken nicht immer eine Funktion, wie man beabsichtigt hatte, sondern oft nur eine tendinöse Fixation; in diesen Fällen dient die Sehnenplastik als Ersatz der Arthrodese. H. hat verschiedentlich auch periostale Sehnenplastiken gemacht und durch Einfügung von Seidensehnen eine Neubildung von Sehnendefekten zu erzielen versucht. Er demonstriert an einer Reihe von Pat. die Erfolge, die er durch seine Sehnenplastiken erzielt hat bei paralytischem Schlottergelenk der Schulter, bei einer Radialislähmung, bei paralytischen Klump- und Plattfüßen.

Herr Joachimsthal. a) **Geheilte angeborene Hüft- und Kniegelenksluxation.** J. sah das jetzt 3jährige Mädchen bald nach der Geburt, wo es ihm wegen eines Genu recurvatum congenitum zugeführt wurde; das Bein ließ sich hyperextendieren bis zu einem Winkel von 130°. Dieses Leiden heilte spontan wie gewöhnlich; nach 2 Jahren, als J. die Hüftgelenksluxation in Behandlung nahm, die an demselben Beine bestand, wurde das Knie normal gestreckt. Die Hüftverrenkung heilte nach der Reposition und Fixation in Abduktionsstellung innerhalb eines Vierteljahres. Demonstration.

b) **Über den Pes valgus congenitus.** Geringgradige Plattfüße sind nach Küstners Erhebungen bei Neugeborenen nicht selten; hochgradige sind selten. J. demonstriert ein Kind, das er im Alter von 4 Wochen mit einem doppelseitigen, hochgradigen Pes valgus in Behandlung bekam, nachdem er es 10 Monate hindurch mit redressierenden Verbänden behandelt hat. Die Deformität, die so hochgradig war und mit so starker Abduktion des Vorfußes einherging, daß bei nach vorn gerichteter Patella die kleine Zehe rechtwinklig zum Unterschenkel stand, ist jetzt ausgeglichen. Interressant ist dabei, daß auch die Längenverhältnisse der Zehen sich geändert haben; ursprünglich erschien die große Zehe erheblich kürzer. Die Änderung dieses Verhältnisses durch die Korrektion der Stellung zeigt, daß es sich nicht um eine reelle Verkürzung handelte, sondern daß eine scheinbare, durch Gelenkverschiebung bedingte Verkürzung vorlag.

c) **Angeborener Oberschenkeldefekt und Coxa vara.** J. zeigt ein Kind mit hochgradiger Verkürzung des Oberschenkels, bei dem zuerst auf Grund des Röntgenbildes ein angeborener Defekt des Oberschenkels angenommen wurde; es fehlte der Oberschenkelkopf und der proximale Teil der Diaphyse. Spätere Aufnahmen des Beines zeigten, daß der Defekt des Oberschenkels nicht so hochgradig war, als es zuerst auf Grund des Röntgenbildes schien; ein Teil der zuerst nicht sichtbaren Diaphyse erschien nach verspätet eingetretener Ossifikation auf den späteren Bildern und zeigte sich im Sinne der Coxa vara verkrümmt. Die weitere Kontrolle mit Hilfe des Röntgenbildes dürfte bei fortschreitender Ossifikation wahrscheinlich auch ein Vorhandensein des Kopfes ergeben, so daß die Mißbildung also nicht als angeborener Oberschenkeldefekt, sondern als hochgradige Coxa vara congenita mit Fortsetzung der Verkrümmung auf den proximalen Teil des Oberschenkels zu deuten ist.

Herr Hoffa: **Über Schenkelhalsbrüche im kindlichen und jugendlichen Alter.** Nach Besprechung der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen teilt H. 11 eigene Fälle ihrem Verlaufe und der bei ihnen eingeschlagenen Therapie nach mit unter Demonstration der von ihnen aufgenommenen Röntgenbilder.

In den 7 älteren Fällen mußte wegen schlechter Stellung des Beines, anhaltender Schmerzen eine operative Behandlung (Resektion mit nachheriger Einstellung des Trochanters in die Pfanne, Osteotomia subtrochanterica) eingeschlagen werden, die immer gute definitive Resultate ergab. H. faßt zum Schlusse das Ergebnis seiner Erfahrungen und Studien über die Schenkelhalsbrüche im kindlichen Alter zusammen: Es handelt sich meist um traumatische Lösungen der Schenkelkopfepiphyse, selten um Brüche im Schenkelhalse selbst. Es kommen vollständige und unvollständige Schenkelhalsbrüche und ebenso vollständige Zerreißungen der Epiphyse und anfänglich nur in einer Lockerung bestehende Epiphysenlösungen mit mehr oder minder ausgedehnter Zerreißung des Periosts vor; im ersteren Falle wird der stumpfe Schenkelhalswinkel in einen mehr rechten verwandelt, im letzteren stellt sich die Epiphysenebene oft nahezu vertikal.

Es waren außer schweren Gewalten oft nur geringfügige Traumen vorangegangen. In manchen Fällen lag hier bereits eine krankhafte Veränderung vor, nämlich eine typische Coxa vara; die Pat. hatten schon vorher über Hüftschmerzen

Digitized by Google

geklagt oder hatten schon vor der Verletzung gehinkt. Da bei der Coxa vara die Epiphysenlinie nahezu vertikal verläuft, so ist es begreiflich, daß sie sich bei Beanspruchung auf Biegung leicht löst. Die Erscheinungen sind zunächst geringgradig, stärkere Beschwerden stellten sich erst nach einer Reihe von Wochen und Monaten ein.

Die richtige Diagnose ist selten gleich gestellt worden. Die erste Diagnose wurde gewöhnlich auf Kontusion der Hüfte gestellt, später wurde gewöhnlich eine Coxitis angenommen; die in falscher Stellung des Beines ausgeheilten Fälle wurden als statische Schenkelhalsverbiegung aufgefaßt. Als Symptome, die bald nach der Verletzung bestehen, sind zu nennen: Stellung des Beines in leichter Flexion, Außenrotation und Adduktion, Hochstand des Trochanters u. s. w., später finden wir die typische Coxa vara. Gegenüber der tuberkulösen Coxitis ist bemerkenswert das Fehlen der reflektorischen Muskelspasmen. Den genaueren Sitz der Fraktur weist das Röntgenbild nach.

Die Prognose ist ungünstig, einmal weil oft eine knöcherne oder bindegewebige Heilung vollständig ausbleibt, oder weil die Heilung unter stärkerer Dislokation der Fragmente erfolgt, oder weil sich noch sekundär durch die Belastung eine Coxa vara ausbildet.

Die Behandlung wird in der ersten Zeit in Extension resp. Gipsverband nach Korrektur der Stellung bestehen; nach der Konsolidation soll man noch 1 Jahr einen Schienenhülsenapparat mit Beckengürtel und Abduktionsvorrichtung tragen lassen. Hat sich eine Deformität ausgebildet, so kommt man in leichteren Fällen mit orthopädischer Behandlung aus, schwerere erfordern die Resektion oder die subtrochantere schiefe Osteotomie.

Herr Pfeifer: **Multiple chronische Gelenkentzündungen im Kindesalter.** Nach Mitteilung der Krankengeschichte eines typischen, zu Ankylosen und Kontrakturen der verschiedensten Gelenke führenden Falles skizziert P. diese von vornherein chronisch verlaufenden Gelenkrheumatismen, die Arthritis chronica villosa und die Arthritis ankylopoëtica. Während bei ersterer hauptsächlich die Kapsel verdickt und gewuchert ist, ist bei letzterer außer der Kapsel, die frühzeitige Neigung zur Schrumpfung zeigt, der Knorpel stärker beteiligt. Diese primären chronischen Gelenkrheumatismen beginnen fieberlos und allmählich in den kleinen Gelenken der Extremitäten und führen zur Ankylose oft sämtlicher Körpergelenke.

Der chronische Gelenkrheumatismus kann auch aus einem akuten entstehen; häufig konstatiert man dabei Klappenläsionen; mit der Zeit treten hier Stillstände und Heilungen ein. Am seltensten wurde im Kindesalter die Arthritis deformans beobachtet; dieselben waren meist aus polyartikulären Gelenkentzündungen nach akuten Infektionskrankheiten hervorgegangen. Auch die Strepto- und Staphylomykose und die Osteomyelitis kann zu multiplen chronischen, deformierenden Gelenkentzündungen führen.

Therapeutisch kommen hauptsächlich die physikalischen Heilmethoden und die Apparatbehandlung in Betracht. Bei Ankylosen größerer Gelenke hat Hoffa mehrfach mit Erfolg das Einlegen von resorbierbaren Magnesiumplatten angewandt.

Herr Engelmann: **Zur Kasuistik der Spontanluxationen des Hüftgelenkes.** Das 10jährige Mädchen erkrankte im September vorigen Jahres an Typhus; in der 6. Woche stellten sich Schmerzen in der linken Hüftgegend ein, das Bein wurde in Beuge- und Adduktionsstellung ruhig gelagert. Anfang November wurde eine typische Luxatio iliaca festgestellt, die spontan im Gefolge der typhösen Coxitis aufgetreten war. Der Eintritt der Verrenkung war von der Pat. nicht bemerkt worden. Es wurde die unblutige Einrenkung wie bei einer kongenitalen Luxation vorgenommen. Der Trochanter stand $4^1/_2$ cm über der Roser-Nélatonschen Linie; der Einrenkung wurde eine manuelle Extension des Beines vorhergeschickt; schon bei den ersten pumpenschwengelartigen Bewegungen trat der Kopf mit lautem Geräusch in die Pfanne. 3 Wochen Gipsverband. Heilung. (Demonstration.)

Herr König bemerkt, daß in seinen Fällen von Spontanluxation nach Typhus die Reposition nach dem Modus derjenigen bei traumatischer Luxation ausgeführt wurde.

Herr Becher: **Über den Zusammenhang zwischen Thoraxdeformitäten, Skoliosen und den adenoiden Vegetationen des Nasen-Rachenraumes.** B. hat diesen von Redard aufgestellten Symptomenkomplex in ca. 6% der Fälle gefunden, der bei Kindern von 6—12 Jahren aufzutreten pflegt. Es handelt sich um leichte habituelle

Digitized by Google

Skoliosen in den verschiedensten Formen, die sich entwickelten, nachdem schon seit längerer Zeit Thoraxdeformitäten bemerkt worden waren, nämlich muldenförmige Einziehung über dem unteren Drittel des Sternum, flache Einziehungen der seitlichen unteren Thoraxpartien, ohne daß Zeichen von Rachitis bestehen. Daneben erkennt man bereits durch den Aspekt (Gesichtsausdruck u. s. w.) und aus sonstigen Symptomen das Vorhandensein adenoider Vegetationen, die ebenfalls bereits seit Jahren Erscheinungen machten. Daß die adenoiden Vegetationen diese Knochenveränderungen zur Folge haben, erklärt sich aus dem Einflusse, den sie auf den allgemeinen Ernährungszustand (Anämie, schlaffe Muskulatur) haben. Nach ihrer Entfernung geht die Skoliose unter Anwendung von Massage und Turnübungen zurück. Auch anderen nasalen Erkrankungen, die die Respiration behindern, erkennt B. eine Rolle in der Ätiologie der geschilderten Deformierungen zu.

Herr König ist der Meinung, daß der Einfluß der Rachitis nicht genügend gewürdigt ist. Er glaubt, daß die Behinderung der Atmung, wie sie die adenoiden Vegetationen verursachen, nur dann zu den genannten Deformierungen führen werde, wenn die Knochen abnorm weich sind.

Herr Hoffa bemerkt, daß in den Fällen, die als Grundlage der Becherschen Ausführungen dienten, Zeichen von Rachitis gerade mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden konnten.

Medizin. Sektion der Schles. Gesellschaft f. vaterländische Kultur.

Sitzung vom 14. November 1902.

A. Most demonstriert das Becken eines 15 Tage post partum an einer **akuten Osteomyelitis der Beckenpfanne** gestorbenen Kindes, welche einige Tage nach der Geburt begonnen hatte. Im Eiter Streptokokken. Infektionsmodus ganz dunkel, denn Mutter vollkommen gesund, auch Wochenbett ohne jede Störung, Kind frei von Verletzungen, Haut- und Nabelaffektionen u. s. w.

Sitzung vom 21. November 1902.

Tietze demonstriert **zwei exstirpierte Wurmfortsätze.** Der erste stammte von einem 3wöchentlichen Kinde, das mit einer seit 18 Stunden eingeklemmten rechtsseitigen Leistenhernie operiert wurde. Es lagen Coecum und der ziemlich lange Proc. vermiformis vor, letzterer durch Taxisversuche so arg gequetscht, daß seine Resektion notwendig erschien. Naht der Bruchpforte und des gesamten Bruchbettes; Bruchsack wird nicht exstirpiert; Kollodiumverband. Das sehr elende Kind wird geheilt. Fall 2 betraf eine Perityphlitisoperation bei drohender Perforation.

Sitzung vom 12. Dezember 1902.

Ludloff stellt 3 Glieder einer Familie vor, die an **angeborenen Deformitäten des Skeletts** leiden, und demonstriert die Röntgenbilder. Der Vater hat einen Defekt der Fibula, 2 Kinder (Knabe von 12 und Mädchen von 5 Jahren) angeborene Luxation der linken Hüfte.

Schlittenheim stellt einen Fall von **Hydrocephalus** vor. 17jähriger Junge. Lernte mit 11 Monaten gehen, kam mit 7 Jahren in die Schule, wo er gut lernte. Seit dem zwölften Jahre ist er kränklich, indem er etwa alle Monate einmal einen ca. 2 Tage dauernden Anfall von Kopfschmerzen und Erbrechen hatte. Damals schon fiel der Mutter auf, daß sein Kopf auffallend groß wurde. Hin und wieder krampfähnliche Zustände mit folgendem Schweißausbruch. Seit einem Jahr langsame Abnahme der Sehkraft, welche vor $^3/_4$ Jahren zur totalen Erblindung führte. Seither läßt Pat. zeitweise unter sich gehen. Untersuchung ergibt abnorm große Schädelbildung; Nähte breit, klaffend, Fontanellen weit. Überall Verknöcherung, nirgends Pulsation. Auffallende Schlafsucht; verminderte Intelligenz, aber freies Sensorium. Beiderseits totale Optikusatrophie, Nystagmus in Ruhe und bei Endstellungen, reflektorische Pupillenstarre. Beiderseits fehlender Geruchssinn. Paresen von wechselnder Stärke und wechselndem Sitz einen Tag im rechten, den anderen im linken Peroneusgebiet; gleichzeitig wechselt auch das Auftreten des Babinsky'schen Reflexes. Im übrigen weder sensible, noch

Digitized by Google

motorische Störungen. Normale Reflexe. Incontinentia urinae et alvi. — Die Annahme eines Tumors ist unwahrscheinlich wegen der langen Dauer der Affektion und den intensiven Veränderungen am Schädel. S. nimmt chronischen Hydrocephalus an, verursacht durch chronische meningitische Veränderungen mit Beteiligung der Plexus choroidei. Wechsel der motorischen Störungen und Reflexe ist Ausdruck der Druckschwankungen. Die Lumbalpunktion ergab sehr vermehrten Druck (330 mm), die Flüssigkeit war klar, 1007 spezifisches Gewicht, steril, enthielt eine Spur Albumen und einzelne rote Blutkörperchen. Die Lumbalpunktion erzielte so wenig therapeutischen Effekt, wie eine antiluetische Kur.

Sitzung vom 30. Januar 1903.

A. Most demonstriert ein 9 wöchentliches Kind mit offenbar **intrauterinen Belastungsdeformitäten der unteren Extremitäten.** Links besteht Klumpfuß, das Kniegelenk befindet sich in ausgesprochener Beugekontraktur, die Patella fehlt. Rechts steht der Fuß in Calcaneo-Valgus-Stellung, der Unterschenkel ist um 90° nach außen rotiert, durch Rotationsbewegungen läßt sich die Tibia sogar etwas nach vorn hin subluxieren; ebenso weist die abnorme, ausgiebige, seitliche Beweglichkeit auf eine Lockerung der Kapselbänder des Kniegelenkes hin; auch hier Knie in ausgesprochener Beugekontraktur, totales Fehlen der Patella. Eine weitere Anomalie wiesen die Nägel der Hände auf: es handelte sich um angeborene Anonynchie und Onychatrophie. Bemerkenswert war hierbei die Erblichkeit: von fünf Geschwistern des Kindes sind vier mit gleichem Defekt der Fingernägel zur Welt gekommen, der Vater leidet ebenfalls an angeborener Onychatrophie, und ebenso dessen fünf Brüder und dessen Mutter. Anderweitige Mißbildungen sind in der Familie unsterblich.

Sitzung vom 6. Februar 1903.

Bröer stellt 1. einen 7jährigen Jungen vor, welcher durch die nach Beck-Hacker ausgeführte Operation von seiner **Eichelhypospadie** geheilt wurde. Durch einen, auf die hinter der Eichel liegende, punktförmige Harnröhrenmündung gesetzten Schnitt wurde die Harnröhre am unteren Teile des Penis samt Schwellkörper freipräpariert, durch die vorher mit einem Trokart durchbohrte Eichel hindurchgezogen und mit Seidenfäden fixiert. Primärer Verschluß der Hautwunde. Verweilkatheter. Darreichung von Urotropin 1,0 2 mal täglich. Entfernung des Katheters am 16. Tage. Urin wird in genügend starkem Strahl spontan gelassen. Prophylaktisches Bougieren der neuen Harnröhrenmündung. Geheilt entlassen am 26. Tage nach der Operation.

2. Einen 13jährigen Knaben, welcher sich durch Aufspringen auf den Rand einer Tonne eine **Ruptur der Harnröhre** zugezogen hatte. Pat. wurde 24 Stunden nach der Verletzung aufgenommen, klagte über heftige Schmerzen in der Dammgegend und Unmöglichkeit, den heftig drängenden Urin lassen zu können. Die betroffene Stelle am Perineum wies nebst Blauverfärbung der Haut leichte Schwellung und bei Druck lebhafte Schmerzempfindlichkeit auf. Bei starkem Pressen entleert Pat. nur wenige Tropfen blutig gefärbten Urins. Vom Katheterismus wird abgesehen und sofort zur Operation geschritten. In Äthernarkose Schnitt in der Raphe über die größte Vorwölbung der perinealen Anschwellung. Nach Freilegung der Verletzungsstelle zeigt sich die Harnröhre dicht unterhalb des Bulbus total quer durchrissen. Einführung eines Nélaton in den leicht auffindbaren zentralen Stumpf. Nach Entleerung der Blase, welche perkutorisch fast bis zum Nabel reichte, wird der Katheter durch den peripheren Stumpf herausgeleitet und hier nach Dittel befestigt. Zirkuläre Naht der Harnröhrenstümpfe über dem Katheter mit Seide. Tamponade der Wunde. Einige fixierende Hautnähte. Verlauf fieberfrei. Blasenspülungen wegen leichter Cystitis mit 3 %iger Borsäure. Urotropin 1,0 3 mal täglich. Am 13. Tage ist der Katheter verstopft und wird entfernt. Unmöglichkeit bei starkem Harndrang spontan Urin zu lassen. Neueinführung des Katheters. Nach weiteren sechs Tagen endgültige Entfernung desselben. Am 28. Tage post operationem mit gut geschlossener Narbe und normal funktionierender Harnröhre entlassen.

Hepner spricht über **Behandlung der Spina ventosa durch freie Autoplastik nach Müller**, ein Verfahren, das angängig ist bei Tuberkulose der Diaphysen, der Metacarpen und Phalangen ohne Beteiligung der Gelenke und darin besteht, daß, nach Exzision der erkrankten Knochen- und Weichteile, ein Stück der Ulna inklusive des zugehörigen Periosts an Stelle des Defektes implantiert wird. H. stellt ein

Digitized by Google

11monatliches nach dieser Methode operiertes (es wurden die Grundphalanx des fünften Fingers der linken Hand und der Metacarpus des fünften Fingers der rechten Hand ersetzt) Kind vor, bei dem die Heilung trotz ausgedehnter tuberkulöser Weichteilsabszesse primär erfolgte und die Funktion eine gute ist; Röntgenbilder zeigen, daß die eingeheilten Knochen sich in guter Stellung befinden.

Lilienfeld stellt einen **Fall von cavernösem Angiom der Finger** bei einem 10jährigen, sonst gesunden Mädchen vor; die angeborene, in letzter Zeit stark gewachsene Geschwulst wurde durch systematisch ausgeführte Injektionen von Alkohol in das perivaskuläre Gewebe zum Schwinden gebracht. Der Sitz der Geschwulst betraf den Mittel- und Ringfinger der rechten Hand.

Medizin. Gesellschaft der Stadt Basel.

Sitzung vom 16. Oktober 1902.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Ärzte 1903 No. 3.)

Prof. E. Hagenbach-Burckhardt macht einige klinische Mitteilungen über Kinder, die im Laufe des Jahres im Kinderspital verpflegt worden sind. Er berichtet zunächst über einen Fall von **paroxysmaler Hämoglobinurie.** Es betraf einen 7jährigen Knaben mit hereditärer Lues, welcher auf Kälteeinwirkung — kalte Waschungen, Aufenthalt im Freien bei niedriger Temperatur — prompt und regelmäßig von einem Anfall von Hämoglobinurie befallen wurde. Zu gleicher Zeit mit diesem Blutbefund stellte sich Fieber, Brechen und Cyanose ein. Dem blutigen Urin ging unmittelbar voraus Hämoglobinämie, d. h. Austreten des Hämoglobins aus den roten Blutkörperchen und Rotfärbung des Serums. Dieselben Anfälle konnten durch Abschnürung eines Fingers oder eines Armes hervorgerufen werden, wenn der abgeschnürte Körperteil in kaltes Wasser getaucht und dann der Schlauch wieder entfernt wurde (Versuche von Ehrlich). Statt der Hämoglobinurie trat in einem Fall Hämoglobinocholie auf. Die Zahl der Blutkörperchen stieg im Laufe des Winters von $1^1/_4$ Million auf über 6 Millionen, der Hämoglobingehalt von 26 auf 70%. Die Behandlung bestand in einer Schmierkur, Bettruhe, Ausschluß von Kälteeinwirkung und roborierender Kost; der Pat. konnte geheilt vorgestellt werden.

Ferner stellte Hagenbach ein $1^1/_4$jähriges Mädchen mit **Barlowscher Krankheit** vor. Dieselbe äußerte sich neben Zeichen von hämorrhagischer Diathese hauptsächlich in periostalen und subperiostalen Blutungen im linken Oberschenkel; durch eine größere Inzision wurde eine Menge von Blutgerinnseln entleert. Später trat noch eine Fraktur am kranken Oberschenkel hinzu. Das Kind genaß bei Änderung der Kost, wie sie vorgeschlagen wird für diese in der Schweiz bis jetzt nur selten beobachtete Krankheit.

Dann besprach derselbe eine frische **Spondylitis,** die unter Erstickungsanfällen rasch letal endete. Aus den keuchhustenartigen Anfällen und aus den Atmungsbeschwerden mußte ein Druck auf den Vagus und den Recurrens angenommen und damit Bronchialdrüsentuberkulose und mit Wahrscheinlichkeit ein Abszeß im hinteren Mediastinum diagnostiziert werden. Das bei der Autopsie erhaltene und demonstrierte Präparat zeigte den Vagus und Recurrens eingebettet in Bronchialdrüsentumoren; ein direkt vor der Wirbelsäule gelegener länglicher Abszeß trug zur Vermehrung des intrathorakischen Druckes bei.

Schließlich wurde von H. noch referiert über eine sich über sieben Fälle erstreckende **Pemphigusepidemie** im Kinderspital. Dieselbe ergab nach verschiedenen Richtungen Abweichungen vom gewöhnlichen Verhalten dieser als Pemphigus contagiosus neonatorum bezeichneten Krankheit. Sie dehnte sich, ausgehend von einem 12 Tage alten Kinde auf sechs weitere Kinder aus, im gleichen Saale, die im Alter standen von 8—15 Monaten, also müßte die Krankheit eher als Pemphigus infantum bezeichnet werden. Solche Epidemien bei ältern Kindern sind noch wenige beschrieben worden, wo wie in unserem Fall unzweifelhaft Pemphigus vorlag. Dann bot die Epidemie noch ein weiteres Interesse, daß auch Erwachsene vom Kinde infiziert wurden. Ferner ist hervorzuheben, daß bei dem ersten Kinde, wo die Blaseneruption eine sehr große war, die Efflorescenzen sich ausdehnten auf Handteller und Fußsohlen. Deshalb wurde ganz im Anfang der Fall als syphilitisch angesehen und erst der weitere Verlauf und die Übertragung

Digitized by Google

der harmlos sich zeigenden Krankheit auf sechs andere Kinder veranlaßte, von dieser Annahme mit Bestimmtheit abzugehen. Sämtliche Fälle verliefen unter wenig Fieber, die einen rasch, die andern bis zur Dauer eines Monats günstig.

K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Sitzung vom 19. Dez. 1902.

Dr. R. Neurath demonstriert ein 8 Wochen altes **Kind mit heredo-syphilitischen Knochenaffektionen** von seltener Intensität und Multiplizität. Seit der Geburt besteht Coryza syphilitica, seit 6 Wochen Schwellungen der Extremitätengelenke, seit 3 Wochen ein typisches blasses, schmutziggraues Kolorit und andere Luessymptome.

Die oberen Extremitäten zeigen eine starke Einschränkung ihrer aktiven Beweglichkeit, die Schultergelenke zeigen geringe, das linke Ellbogengelenk eine starke spindelige, das rechte eine kaum angedeutete Schwellung; im linken Ellbogengelenk besteht abnorme Beweglichkeit (Epiphysenlösung). Über dem Handgelenk besteht beiderseits eine leichte Anschwellung. Die mittleren drei Grundphalangen beider Hände zeigen syphilitische Phalangitis. An den unteren Extremitäten besteht Schwellung beider Kniegelenke und ganz besonders eine starke Verunstaltung beider Unterschenkel, indem dieselben in ihrer unteren Hälfte sehr verdickt und bogenförmig (nach hinten konvex) gekrümmt erscheinen. Hier über dem Sprunggelenk besteht ausgesprochene abnorme Beweglichkeit.

Röntgenbilder des Falles zeigen an den beteiligten Röhrenknochen starke Aufhellung im Schatten der Diaphysenenden, Verwischtsein der Struktur und ganz besonders das Fehlen der dunklen Markierung der Verknöcherungszone; weiters starke periostale Auflagerungen, stärker ausgeprägt an den Diaphysenenden als am Schafte. An manchen Knochen, wie an den unteren Enden der Unterschenkel und am linken Humerus haben die Veränderungen zu einer besonders starken Einschmelzung des Diaphysenendes geführt.

Am Handskelett zeigen sich die charakteristischen Zeichen der Phalangitis syphilitica, daneben aber auch starke Mitbeteiligung der Metakarpalknochen (teils Ostitis, teils akute Atrophie). Vortr. weist noch auf das Fehlen der Krepitation trotz sicherer Epiphysiolysis hin und erklärt dasselbe durch starke Erweichung der Knochenenden.

Dr. J. Schwoner demonstriert einen **Fall von Urticaria chron. pigmentosa** bei einem 2jährigen Kinde, das bis auf die Hauterkrankung bisher stets gesund war; in den beiderseitigen Familien kam eine derartige Hautaffektion nicht vor. Bald nach der Geburt zeigten sich die ersten Efflorescenzen, und trotz aller Therapie kamen immer neue Schübe, bis sie seit etwa 9 Monaten immer seltener werden. Das Kind zeigt an der behaarten Kopfhaut, an der Stirn und am Halse blasse, gelbliche, wenig infiltrierte, xanthelasmaähnliche Efflorescenzen, an Stamm und Extremitäten teils einzelnstehende, stecknadelkopfgroße, teils confluierende Plaques von schmutzigbraunroter Farbe, über das Hautniveau ziemlich stark erhaben. Hände, Füße und Gesicht beinahe vollständig frei.

Sitzung vom 16. Januar 1903.

Dr. R. Grünfeld stellt einen **Fall von multiplen cartaliginären Exostosen** vor bei einem 10jährigen Knaben, in dessen Familie von einer ähnlichen Erkrankung nichts bekannt ist. Als das Kind 4 Jahre alt war, erschien der erste Tumor, und zwar an einer Rippe, worauf auch an anderen Körperstellen sich schmerzlos Auswüchse entwickelten. Seit dem 4. Lebensjahre blieb der Knabe auch im Wachstum zurück, und jetzt ist an dem auch rachitische Zeichen aufweisenden Kinde ein erhebliches Zurückbleiben in der Größe und im Körpergewicht zu konstatieren. Man palpiert bei demselben eine große Anzahl von knochenharten, unverschieblichen, Rippen, Sternum, Ellbogen, Fingern u. s. w. aufsitzenden, von normalen Weichteilen bedeckten Tumoren. Außerdem entdeckt man auf dem Radiogramme noch viele nicht palpable Exostosen, wie z. B. an den Diaphysenenden der Röhrenknochen, wo auch hochgradige Deformitäten der Epiphysenfugen und Epiphysen sichtbar sind. Schädel und Wirbelsäule sind frei geblieben. Endlich ergibt die Messung, daß der linke Arm um 1 cm, das rechte Bein um 2 cm gegenüber der anderen Seite verkürzt sind, also eine „gekreuzte“ Wachstumsstörung; die Verkürzung betrifft sämtliche beteiligten Knochen.

Digitized by Google

III. Kleine Mitteilungen.

Über **Myogen, ein neues Eiweißpräparat** berichtet Privatdoz. Dr. R. O. Neumann (Kiel). Myogen wird aus Blutserum frisch geschlachteter Rinder in einfachster Weise bereitet, und zwar so, daß sich das Eiweißmolekül nicht dabei verändert. Myogen ist ein bräunlichgraues, sehr feines, geruchloses Pulver, dessen Geschmack an Leim erinnert. Es ist unlöslich in Wasser, quillt aber schon nach kurzer Zeit beim Stehen mit Wasser auf. Mit Pepsin und Salzsäure zusammengebracht wird es in der gleichen Zeit gelöst, wie Fleisch. Es läßt sich in Kaffee und Kakao, in Suppen oder Bouillon verrührt nehmen, mit Fett oder Butter vermengt verliert es seinen Eigengeschmack. Angenehmer nehmen sich die von der Fabrik hergestellten Kakes, die auch von Kindern ohne Widerwillen genommen wurden. N. hat mit dem Pulver und den Kakes an sich selbst einen Stickstoff-Stoffwechselversuch ausgeführt und zieht daraus folgende Schlüsse: Myogen und die Kakes werden auch in größeren Mengen vom Organismus gut vertragen. Die Assimilation ist ebenso günstig, wie beim Fleisch. Auch die Resorption ist ausgiebig. Die Myogenkakes stellen ein höchst konzentriertes Nahrungsmittel aus ca. 20 % Eiweiß, 50 % Kohlehydraten und 10 % Fett dar.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 3.)

Unguent. Credé bei Sepsis wandte van Zandt mit promptem Erfolg an; auch bei schweren Fällen übte es hier rasch seine günstige Wirkung aus. Interessant ist die Mitteilung, daß die Silberkur auch bei einem 8jährigen Knaben, der an einer postdiphtheritischen Paralyse litt, sich bewährte; innerhalb 48 Stunden nach der ersten Einreibung setzte die Besserung ein.

(The Hot Springs Medical Journal 1902 No. 8.)

Zur Behandlung der Stuhlverstopfung bei Kindern empfiehlt Dr. Goliner (Erfurt) die in Natterers Fabrik pharmazeutischer Konfituren in München hergestellten „Abführtabletten für Kinder“, welche allen Anforderungen entsprechen, die wir an eine rationelle Therapie der kindlichen Obstructio alvi stellen. Die Tabletten bestehen im wesentlichen aus Fol. Sennae, Tartar. depur. und einigen Geschmackskorrigentien. Die pharmakodynamischen Wirkungen beider Abführmittel setzen sich zu einem zuverlässigen Gesamteffekt zusammen, welcher die Verstopfung prompt beseitigt. Man gibt kleinen Kindern vom zweiten Lebensjahre ab morgens und abends 1 Tablette und wartet die Wirkung ab, welche spätestens nach 2—3 Stunden eintritt; ältere Kinder vom zehnten Lebensjahre ab nehmen 2 Tabletten. Der Erfolg zeigt sich in schmerzlosen leichten Entleerungen, denen nach einigen Tagen normaler Stuhlgang folgt. Sollte letzterer nicht eintreten, so kann man die Tabletten noch einige Zeit lang geben, die sehr gut vertragen werden. (Medico 1902 No. 49.)

Ichthalbin wandte Dr. J. Marcuse (Mannheim) bei skrofulösen, anämischen Kindern an. Die heruntergekommenen, ärmlichen Verhältnissen entstammenden Kinder bekamen bald besseres Aussehen, ihr Allgemeinzustand hob sich zusehends, das Körpergewicht stieg (innerhalb 4 Wochen von 1000—1500 g), hauptsächlich infolge der appetitsteigernden Wirkung des Präparats. Man gibt Säuglingen 3mal täglich 0,1—0,3 in Schleimsuppe. Zweckmäßig ist es bei Kindern, 1/8 Pfund Tafelschokolade zu verreiben, 15 g Ichthalbin beizumischen und von dem Gemisch 3mal täglich einen abgestrichenen Teelöffel voll zu geben, so daß die Gesamtmenge in 8—10 Tagen aufgebraucht ist. Die Kinder verlangen von selbst danach.

(Die Therapie der Gegenwart, März 1903.)

Über **Salocreol** macht Dr. J. Gnezda (Berlin, v. Leydensche Klinik) Mitteilung. Salocreol ist ein Präparat, in welchem die verschiedenen Phenole des Buchenholzteers bezw. Kreosots insgesamt mit Sazliylsäure zu einem Ester vereinigt sind. Es ist eine ölige, braune, fast geruchlose Flüssigkeit, fast unlöslich in Wasser, leichtlöslich in Alkohol, Äther, Chloroform. Auf die Haut gebracht, bringt es ein angenehm kühlendes Gefühl hervor und es wird resorbiert, ohne an der Applikationsstelle dauernd zu färben oder Reizungen zu bewirken. Bepinselung bezw. Einreibung des Mittels wurde bei Rheumatismen, Erysipel gemacht und hatte gute Erfolge. Besonders beeinflußt wurden aber akute und chronische Lymphadenitiden, und G. kann über einen Fall berichten, in dem skrofulöse Drüsen, die zwei Dezennien anhielten, in einer Woche fast voll-

Digitized by Google

ständig zurückgingen. Bei Angina und Drüsenschwellungen nach Morbilli oder Skarlatina verhütete die lokale Behandlung erst Abszeßbildung und endete mit Volumverringerung bis zur Norm. Salocreol wurde täglich in Dosen von 5—10 g appliziert, bei Kindern in entsprechend geringeren.

(Deutsche Ärzte-Ztg. 1903 No. 4.)

IV. Monats-Chronik.

Hygiène scolaire en France. Un pas en avant dans la lutte contre la tuberculose. Unter diesem Titel wird in der Zeitschrift „Tuberculosis" März 1903 eine Instruktion betreffs in Frankreich erlassener schulhygienischer Vorschriften mitgeteilt.

Das Unterrichtsministerium in Frankreich hatte eine Kommission mit dem Studium von Maßnahmen betraut, welche zur Verhütung der Weiterverbreitung der Tuberkulose in den öffentlichen Lehranstalten zu ergreifen wären.

Auf Grund des von dieser Kommission erstatteten Gutachtens hat der Unterrichtsminister verfügt:

1. In allen öffentlichen und privaten Alumnaten und Pensionsanstalten sind Gesundheitslisten zu führen, in welche Gewicht, Größe und Brustumfang einzutragen sind. Diese Angaben sind 3monatlich aufzunehmen und die Listen durch den Anstaltsarzt aufzubewahren. Auch alle Krankheiten sind zu verzeichnen.

2. In allen Räumen sämtlicher Unterrichtsanstalten sind belehrende Plakate über hygienische Vorschriften, namentlich über die zur Verhütung der Tuberkulose nötigen Maßnahmen auszuhängen.

Gleichzeitig hat der Unterrichtsminister allen Schulvorständen eine Instruktion zugehen lassen, welche Maßnahmen zur Tuberkulosebekämpfung vorschreibt, die sich 1. auf die Unterrichtsräume, 2. auf die Schüler selbst beziehen.

Die auf die Räume bezüglichen Vorschriften erstrecken sich bis in die Details auf die Gebäude, das Mauerwerk, die Fußböden, das Mobiliar, auf infektionsverdächtige Bücher, auf Lüftung, Reinigung und Desinfektion, außerdem in den Internaten auf Speisesäle, Schlafräume, Toiletten, Bäder und Aborte.

Die Vorschriften für das Personal verlangen Untersuchung und Fernhaltung von tuberkulösen Lehrern, Dienstboten und Schülern.

Sobald die oben bezeichneten Gesundheitslisten die mangelhafte Entwicklung eines Schülers ergeben, ist derselbe genau zu untersuchen und die Familie zu benachrichtigen.

Diese Vorschriften sind in Paris bereits in Kraft, und ist damit ihre Durchführbarkeit erwiesen.

Die **Schularztfrage** beschäftigte am 24. Februar den mit dieser Angelegenheit von der Berliner Stadtverordnetenversammlung betrauten Ausschuß. Vom Magistrat war die Anstellung von 30 Ärzten gefordert worden, demgegenüber die Sozialdemokraten in einem Antrage Augustin und Genossen einen Mediziner für jede der 260 Berliner Gemeindeschulen verlangten. Der Ausschuß wies den letzteren Antrag schon wegen der finanziellen Schwierigkeiten, die seiner Durchführung entgegenstehen, zurück und beschloß die Anstellung von 36 Schulärzten, denen je ein Jahreseinkommen von 2000 Mk. gewährt werden soll. Ein Antrag, dieses Einkommen auf 1600 Mk. zu bemessen und so die Vermehrung um sechs Stellen ohne eine weitere Belastung des Schuletats zu ermöglichen, wurde abgelehnt, und man beließ es bei dem in der Magistratsvorlage geforderten Gehalt von 2000 Mk.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 10.)

Personalien: Zum Professor ernannt: Dr. **L. Bruns** in Hannover. — Die Venia legendi für Kinderheilkunde erteilt Dr. **E. Wieland** in Basel. — Unser bisheriger geschätzter Mitarbeiter, Privatdoz. Dr. med. et phil. R. O. Neumann, bis jetzt 1. Assistent am hygien. Institut in Kiel ernannt zum Abteilungsvorsteher am staatl. Hygien. Institut in Hamburg.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. C. BERLINER (Aachen), Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Dr. ALBR. DWORETZKY (Moskau), Dr. E. ENSLIN (Erlangen), Direktor Dr. ESCHLE (Sinsheim), Prof. Dr. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. E. FLATAU (Warschau), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Dr. LEO JACOBI (New York), Prof. Dr. JOACHIMSTHAL (Berlin), Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. G. KREBS (Hildesheim), Dr. P. MAAS (Aachen), Dr. K. MENDEL (Berlin), Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Dr. PLANTENGA (Haag), Dr. CARL SCHADE (Göttingen), Priv.-Doz. Dr. E. SCHREIBER (Göttingen), Dr. SCHRIDDE (Erlangen), Priv.-Doz. Dr. H. STARCK (Heidelberg), Dr. SZYMANOWSKI (Warschau), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. VULPIUS (Heidelberg), Dr. H. WALBAUM (Kiel), Priv.-Doz. Dr. ZIEGENSPECK (München) u. A.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

prakt. Arzt in Sprottau.

VIII. Jahrgang. Juni 1903. Nr. 6.

Inhalt.

I. Referate.




Digitized by Google

Fortsetzung des Inhaltes.



chemische Fabrik — Darmstadt.

Bromipin

Ind.: Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, Chorea, epileptische Dämmerzustände.

Rp.: Bromipin 10% 100 g.
D. S. 2—3 mal täglich 1 Theelöffel voll in obergähr. Bier oder heißer Milch.

Stypticin

Ind.: Blutungen im Klimakterium, menstruale Blutungen, Menorrhagien etc.

Rp.: Tablettar. Stypticin No. 40 à 0,05 g.
D. S. Täglich 3—5—8 Tabletten zu nehmen.

Dionin

Ind.: Asthma, Emphysem, Bronchitis, Phthisis pulmon., Tracheïtis, Pertussis, Schmerzzustände (Gastralgie, Ischias, Ovaralgie, Oophoritis, Ulcus ventriculi), Asomnie, Abstinenzkur, Keratitis, Chorioiditis, Bulbusoperationen.

Rp.: Dionin 0,3,
Aq. amygd. amar. 15,0.
M. D. S. 3 mal täglich 10; Abends 20 Tropfen.

Rp.: Dionin 0,04,
Ol. Cacao 2,00.
M. f. lege art. supp. d. t. dos. 10.
S. Täglich 1 bis mehrere Zäpfchen zu gebrauchen.

Rp.: Dionin 0,5,
Aq. dest. 20,0.
M. f. sol. steril.
S. Zu subkutanen Injektionen.

Dionin wird für die Kinderpraxis aufs Wärmste empfohlen.

Litteratur gratis und franko.

Digitized by Google

Thiocol „Roche“
bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig. Vorzügl. Antitubercul. und Anti-Diarrhoicum.

Pastilli Thiocoli „Roche“
verlässlichste, bequemste u. billigste Verabreichungsform des Thiocols.

Protylin „Roche“
haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organ. u. anorgan. Phosphor- und Phosphorsäurepräparate.

Thigenol

Synthetisches Schwefelpräparat mit 10 % organ. gebund. Schwefel.

Braune, dicksyrupöse, **geruch- und geschmacklose**, ungiftige Flüssigkeit. Leicht resorbierbar, wirkt nicht reizend sondern milde, juckreiz- und schmerzlindernd, läßt sich leicht mit Wasser abwaschen und fleckt nicht die Wäsche.

Als Schwefelpräparat und als vorzüglicher Ersatz für Ichthyol angezeigt bei:

Ekzem, rein oder 20 % Salbe (sofortige Abnahme des Juckens, des Nässens und der Infiltration); **Pruritus** und **Urticaria** (sofortige juckstillende Wirkung); parasitäre Dermatosen wie: **Scabies** (Einreibung mit grüner Seife, nach 1 Stunde Bad, vollständige Einreibung mit Thigenolum purum, abends 2. Thigenoleinreibung. In 2 Tagen Heilung); **Favus** etc.; **Akne;** gynäkologischen Affektionen wie: **Endo-, Para-** und **Perimetritis, Beckenexsudaten,** als 10—20 % Thigenolvaginaltampos oder Suppositorien à 0,30; **Rheumatismus** (Einreibungen mit Thigenol, Chloroform ac. 10,0, Spir. camphor 40,0); **Erysipel** (pur oder 10 % Salbe), **Fissur aani, Hæmorrhoiden** etc.

Alleinige Fabrikanten:

L. Hoffmann - La Roche & Cie.,

Fabrik chem.-pharmazeut. Produkte,

Basel (Schweiz) **Grenzach** (Baden).

Sirolin „Roche“
wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Airol „Roche“
bester, geruchloser Jodoformersatz.

Asterol „Roche“
wasserlösliches Hg.-Präparat, fällt nicht Eiweiss, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Digitized by Google

Fortsetzung des Inhaltes.

KNOLL & Co., Ludwigshafen a. Rh.

Tannalbin

erprobtes Antidiarrhoicum.

Auch in tuberkulösen Fällen wirksam. Vorzüglich bei Cholera infantum. Greift den Magen nicht an.

Dos.: 3—5mal täglich 2 Kaffeelöffel.



Digitized by Google

Fortsetzung des Inhaltes.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

III. Neue Bücher. — Neue Dissertationen.

Dr. R. PLÖNNIS'

Haematin-Eiweiss

enthält 0,4 % Eisen und 0,9 % Lecithin in organischer Verbindung mit circa 90 % Eiweiss. Es hat somit die Zusammensetzung der roten Blutkörperchen, wird leicht vertragen, völlig assimiliert und ist in Tablettenform bequem zu nehmen.

Haematin-Eiweiss-Chocolade enthält 25 % Dr. R. Plönnis' Haematin-Eiweiß. Feinste Chocoladenmasse, vorzüglich im Geschmack und bequem zu nehmen.

Dr. R. PLÖNNIS'

Myogen

ist nach d. Untersuch. des Herrn Dr. med. et phil. R. O. Neumann, Privatdoz. u. 1. Assist. im hygien. Inst. zu Kiel, das am günstigsten vom Organismus verwertete aller bisher bekannter Eiweißpräparate. Leicht verdaulich, kann ohne Beschwerden in größ. Mengen genommen werden u. ist das beste Kräftigungsmittel f. Kranke u. Rekonvaleszenten.

Myogen-Cakes enthaltend 25 % Dr. R. Plönnis' Myogen sind n. d. Untersuchungen d. Herrn Dr. med. et phil. R. O. Neumann, Priv.-Doz. u. 1. Assist. im hygien. Inst. zu Kiel, ein Nahrungsmittel in konzentriertester Form, das im Eiweissgehalt dem Fleisch, im Kohlehydratgehalt dem Brot und im Fettgehalt dem besten Gebäck gleichsteht und in größeren Mengen genommen werden kann.

Milcheiweiss-Biskuits enthalten ca. 40 % Dr. R. Plönnis' Milcheiweiß.

Zu haben in allen Apotheken, Drogenhandlungen etc. und bei der

Internationalen Heil- u. Nährmittel-Compagnie, G. m. b. H., Leipzig.

Digitized by Google

Von Autoritäten der Kinderheilkunde und tausenden von Aerzten empfohlen.
Im Gebrauch der grössten Kinderhospitäler Deutschlands, Oesterreich-Ungarns etc.



Beste Nahrung für gesunde und darmkranke Kinder.

Kufeke's Kindermehl als Zusatz zur Milch ersetzt am besten die **Muttermilch.** Die Kinder gedeihen vorzüglich dabei und leiden nicht an **Verdauungsstörungen.**



Kufekemehl ist besonders in den Sommermonaten unentbehrlich und kommt bei Brechdurchfall, Darmkatarrh, Diarrhoe etc. als Bestes in Anwendung.

Aerztliche Litteratur, sowie Proben offer. den Herren Aerzten kostenfrei.

R. Kufeke, Bergedorf-Hamburg und Wien I.

Tanocol

Vorzügliches Mittel gegen Diarrhoen der Kinder.
Geschmacklos — Unschädlich.

Tanocol-Chokolade-Tabletten

Reiner Chokoladen-Geschmack. Cartons à 20 St. à $^{1}/_{4}$ gr Tanocol.

Resorbin-Crême

Vorzügliches Kosmetikum bei Wundsein der Kinder durch Nässe, bei Verbrennungen, gegen Frost, Risse, spröde Haut etc.

Peruol

Erprobt gegen Krätze.
Riecht nicht.
Schmutzt nicht.
Reizlos für die Haut.

Peruol-Seife 40%

Zur Verhütung der Ansteckung und zur Nachbehandlung bei Krätze.

Bromocoll

Äußerlich als Salbe, Streupulver, Lösung und Seife gegen Hautjucken aller Art.

Aktien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmac. Abtg. Berlin S.O. 30

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

VIII. Jahrgang. 1. Juni 1903. No. 6.

I. Referate.

Hecker (München). Die sogenannte Abhärtung der Kinder.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 46.)

Auf Grund seiner Erfahrungen kommt H. zu folgenden Schlüssen:

Die heute in vielen, besonders gebildeten Kreisen übliche und verbreitete Methode, kleine Kinder mittels Kaltwasserprozeduren „systematisch" abzuhärten, ist nicht nur unzweckmäßig, sondern häufig geradezu gesundheitsschädlich.

Diese „systematische" (d. h. schematische und kritiklose) Kaltwasserabhärtung gewährt den Kindern nachweislich nicht nur keinen Schutz vor den sogenannten Erkältungskrankheiten, sondern sie erhöht im Gegenteil geradezu die Empfänglichkeit für dieselben.

Sie führt daher häufig zu Schnupfen, Halsentzündungen, Bronchitis, Lungenentzündung.

Sie kann außerdem zu folgenden Schädigungen führen:

Zu ausgesprochener, ja schwerster Anämie.

Zu Erkrankungen des Gesamtnervensystems, wie allgemeine Nervosität, Neurasthenie, Appetitlosigkeit; unruhiger Schlaf, nächtliches Aufschreien; psychische Reizbarkeit mit auffallender Unruhe und Aufregungszuständen; Veränderung des Charakters, Launenhaftigkeit, Jähzorn, stilles Wesen u. s. w.

Zu akuten und chronisch rezidivierenden Darm- bezw. Dickdarmkatarrhen.

Sie erschwert den Ablauf aller der genannten, sowie auch anderer zufälliger Erkrankungen, besonders des Keuchhustens.

Eine gewisse körperliche Abhärtung ist beim Kinde notwendig, sie geschehe aber nach folgenden Grundsätzen:

1. Die Abhärtung sei nicht Selbstzweck, sondern sie habe immer ihr eigentliches Ziel im Auge, die Wehrhaftmachung des Körpers gegenüber den Angriffen aus der Natur. Also nicht lautloses Ertragen von kalten Güssen werde erstrebt, sondern das Überwinden von Kälte, Wärme, Nässe, Trockenheit, Zugluft, Wind u. s. w.

2. Dieses Ziel kann nur durch die Anwendung adäquater, i. e. natürlicher Mittel erreicht werden. Solche Mittel sind:

a) Gewöhnung an die Luft des Zimmers. Zeitweilig Bloßlegen, Gewährung des Bloßstrampelns im Schlaf unter Vermeidung von sogenannten Schlafsäcken, Barfußlaufen. Nacktlaufen vor dem Schlafengehen. Schlafen bei offenem Fenster nur im Hochsommer und nur in Orten mit mildem Klima!

Digitized by Google

b) Gewöhnung an die Luft im Freien. Vom zweiten Halbjahr ab Ausfahren oder Ausgehen bei jeder Witterung, außer bei Nordostwinden, großer Kälte, Schneestürmen u. s. w. Bei größeren Kindern Luft- und Sonnenbäder im Sommer, Barfußlaufen.

c) Richtige Anpassung der Kleidung an Klima und Jahreszeit. Kein bestimmtes „Regime". Vorsicht in den Übergangszeiten des Jahres. Keine Pelzverweichlichung im Winter. Womöglich freier Hals. Nackte Beine nur im Sommer, bei mageren Kindern Vorsicht!

d) Gewöhnung an kühles Wasser. Dasselbe werde nicht kälter, nicht häufiger und nicht früher angewandt, als sich mit dem allgemeinen Wohlbefinden des Kindes verträgt, wobei zu beachten ist, daß eventuelle Schädigungen zuweilen erst nach einiger Zeit sich bemerkbar machen. Unangenehmes Empfinden mahnt zu sorgsamer Beobachtung, wogegen scheinbar angenehmes Empfinden kein sicherer Beweis für die Unschädlichkeit der Prozedur ist. Waschungen sind den Übergießungen vorzuziehen und sollen, wenn sie den ganzen Körper betreffen, nicht mehr als einmal täglich vorgenommen werden.

3. Jede Abhärtung geschehe allmählich und unmerklich, etwa so, wie man sich in einen starken elektrischen Strom „hineinschleicht".

4. Jede Abhärtung sei absolut individuell und berücksichtige stets den jeweiligen Körperzustand, die Bedürfnisse und die Empfindsamkeit des Kindes. Es gibt kein bestimmtes Abhärtungsschema.

5. Keinerlei Abhärtung (auch nicht die Luftabhärtung) beginne zu früh. Säuglinge sind überhaupt nicht abzuhärten, sondern unter allen Umständen warm zu halten.

6. Ohne vorangegangene ärztliche Untersuchung sollen bei Kindern, speziell bei anämischen und nervösen, keinerlei Kaltwasserprozeduren vorgenommen werden.

Grätzer.

Walter Krebs. Zur Frage der Abhärtung.

(Aus der hydrotherap. Anstalt der kgl. Univers. in Berlin.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 7.)

K. wendet sich gegen Hecker, dem er allerdings bezüglich der Nichtabhärtung der Säuglinge beistimmt, während er gegen dessen Ablehnung der „systematischen" Abhärtung der Kinder im allgemeinen Bedenken geltend macht. K. möchte eine systematische (natürlich verständig gehandhabte!) Abhärtung keineswegs eo ipso schematisch und kritiklos nennen, denn ein System muß doch in jeder Kur liegen, und es kommt nur darauf an, den Angehörigen das Rationelle und Nichtrationelle bei der Durchführung einer solchen Kur in zweckmäßiger Form auseinanderzusetzen. Aber selbst wenn man die Schlußfolgerungen Heckers, die dieser aus seinen praktischen Erfahrungen zieht, zugeben wollte, daß nämlich mild und streng abgehärtete Kinder wesentlich empfänglicher gegen Erkältungskrankheiten sind, als nicht systematisch Abgehärtete, d. h. Nichtabgehärtete, so sind doch zum mindesten zwei Einwürfe zu machen. Zunächst wird doch in sehr vielen Fällen erst dann die Abhärtung begonnen, wenn

Digitized by Google

mehrfach überstandene Erkältungskrankheiten dazu auffordern, eine methodische Wasserabhärtung an Stelle der bisherigen Verweichlichung als Schutz gegen fernere Erkältungen treten zu lassen. Es ist dann gar nicht zu sagen, ob diese mild oder streng abgehärteten Kinder wegen oder trotz der Abhärtung anfällige waren; Angaben über das Befinden vor der Abhärtungskur fehlen ja bei Hecker. Zweitens werden jedenfalls die Eltern abgehärteter Kinder eher letztere jedem Wetter, manchmal in mangelhafter Bekleidung, aussetzen, während die Nichtabgehärteten bei schlechtem Wetter im Zimmer gehalten, warm angezogen u. s. w. werden. Es sind also die Bedingungen für einen Vergleich nicht anwendbar.

Das durch unzählige Beobachtungen bewiesene Faktum, daß unter gleichen Voraussetzungen sich abgehärtete Kinder den klimatischen Verhältnissen gegenüber widerstandsfähiger erweisen, als Nichtabgehärtete, bleibt bestehen und rechtfertigt nach wie vor das Vertrauen auf den Vorteil einer verständigen Abhärtungskur, zumal nach K.s Ansicht auch die theoretischen Bedenken Heckers betreffs des kalten Wassers nicht überzeugende Kraft besitzen. Grätzer.

O. Rommel (München). Zur Behandlung frühgeborener Kinder.

(Die medizin. Woche 1902 No. 48.)

Verf. empfiehlt seine Couveuse, deren Vorteil vor der Lionschen, mit der sie äußerlich Ähnlichkeit hat, liegt: 1. in dem Fortfall eines komplizierten Thermoregulators, 2. in der besseren Ventilation, 3. dem bedeutend geringeren Verbrauch an Heizmaterial, 4. im Preise (175 Mk. gegenüber 450 Mk.). Grätzer.

H. Weil. Über die Bedeutung des Mekoniumpfropfes beim Neugeborenen.

(Aus der k. k. deutschen geburtshilfl. Univ.-Klinik in Prag.)

(Deutsche med- Wochenschrift 1902 No. 43.)

Cramer hat dem Befunde eines Mekoniumpfropfes eine gewisse Bedeutung auf forensischem Gebiete beimessen wollen. W. bestreitet diese Bedeutung. Erstens ist dieser Befund viel zu selten — W. fand ihn unter 500 Geburten einmal —, als daß der Gerichtsarzt in die Lage kommen dürfte, ihn zu erheben. Aber selbst bei größerer Häufigkeit wäre seine Bedeutung eine recht geringe; höchstens könnte die Konstatierung des Pfropfes als ein unterstützendes Moment herangezogen werden, wenn andere, sicherere Befunde für die Annahme vorliegen, daß das Kind bei der Geburt gelebt habe und erst post partum zu Grunde gegangen sei. Mit der Feststellung der Tatsache, daß ein Mekoniumpfropf fehlt, läßt sich überhaupt nichts anfangen.

Grätzer.

Digitized by Google

Francis Harbitz (Norwege). Die „Lungenprobe“ und ihre Bedeutung bei legalen Obduktionen von neugeborenen Kindern.

(Norsk Magazin for Lägevidenskab. 1902 November.)

1893 haben Bordas und Descoust, auf experimentelle Untersuchungen gestützt, behauptet, daß Fäulnisgase sich nie in atelektatischen Lungen, sondern nur in faulen Lungen von Kindern, die geatmet haben, entwickeln können. Nach einer Darstellung der Diskussionen über diesen Gegenstand referiert Verf. 11 legale Obduktionen von faulen Leichen neugeborener Kinder, um zu zeigen, wie sich die Lungen verhalten einerseits in den Fällen, in welchen die Kinder geatmet haben, andererseits in solchen, wo man annehmen muß, daß die Lungen atelektatisch gewesen waren und das Kind totgeboren. Unter den letzten Fällen waren mehrere, in welchen Fäulnisgase konstatiert wurden.

Verf. hat 6mal versucht, die Leichen von totgeborenen Kindern eine verschiedene lange Zeit liegen zu lassen, um zu erfahren, wie die Fäulnisprozesse sich verhalten; nur in einem Falle blieb die eine Lunge schwimmfähig, in den übrigen trat keine Fäulnis mit Gasebildung ein, sondern eine Liquefactio (Hinschmelzen) der Lungen. Obgleich diese Experimente die Erfahrungen von Bordas und Descoust bestätigen, meint Verf. doch, auf seine Obduktionserfahrungen gestützt, daß man, wenn die Fäulnis sehr stark ist, nicht mit Bestimmtheit entscheiden darf, ob die Lungen ursprünglich mit Luft gefüllt waren oder nicht. Eine Fäulnis mit Gasebildung bedeutet doch gewöhnlich, daß Atmung stattgefunden hat.

Verf. erwähnt demnächst die Möglichkeit, daß die Lungen luftleer sind, trotzdem daß sie ursprünglich mit Atmungsluft gefüllt gewesen sind. Er referiert vier Sektionsbefunde bei neugeborenen, gewöhnlich zu früh geborenen Kindern, die geatmet haben, aber bei welchen die Lungen atelektatisch gefunden wurden. Gewöhnlich findet man in solchen Fällen, so auch in denen des Verf.s, Luft (NB. nicht Fäulnisgase!) im Magen und Dünndarm. Um solche Fälle zu erklären, verweist Verf. hauptsächlich auf die Hypothese von Thomas (schwache Respiration bei zu früh geborenen Kindern mit gradueller Verminderung der Respirationsbewegungen und sukzessiver Ausleerung der Luft durch die Bronchien bei jeder Respiration) oder auf die von Ungar (Resorption der Luft durch die Kapillaren, wenn die Respiration aufhört, während die Zirkulation noch eine kurze Zeit dauert); eventuelle Flüssigkeit in der Pleurahöhle kann doch vielleicht auch die Luft resorbieren oder durch Kompression die Lungen luftleer machen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Albin Haberda (Wien). Zur Frage des Beweiswertes der Lungenprobe.

(Archiv f. Gynäkologie Bd. 67 Heft 1.)

Die Lungenschwimmprobe allein beweist nichts. Die sonstigen Veränderungen der Lungen durch die Atmung, namentlich das Bild

Digitized by Google

der Luftfüllung der Alveolen ist entscheidend. Die Ausdehnung der Alveolen ist nach Luftatmung eine charakteristisch gleichmäßige, bei faulen gasbildenden Lungen eine ungleichmäßige. Die Ausführungen von Hitschmann und Lindenthal haben daher keine Bedeutung für die praktische gerichtliche Medizin; auch deshalb nicht, weil die Geburten, um die es sich hier handelt, in der Regel sehr in die Länge gezogen werden und durch Kunsthilfe beendet werden müssen.

Marx (München).

F. Hitschmann und **O. Th. Lindenthal** (Wien). Zur Frage der Verwertbarkeit der Lungenschwimmprobe bei Keimgehalt der Uterushöhle.

(Archiv f. Gynäkologie Bd. 66 Heft 2.)

Nach den Untersuchungen der Verff. kann ohne Luftatmung und ohne Fäulnis die Lungenschwimmprobe, eventuell auch die Magen-Darmschwimmprobe positiv ausfallen und zwar durch die Wirkung anaerober Bazillen, welche Gas bilden. Marx (München).

Krönig (Leipzig). Zur Frage der Verwertbarkeit der Lungenschwimmprobe bei Keimgehalt der Uterushöhle.

(Monatschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. 16 Heft 3.)

Verf., der im übrigen auf seine früheren Arbeiten über diesen Gegenstand verweist, stimmt den Ausführungen von Hitschmann und Lindenthal bei und ist gleichfalls der Ansicht, daß der positive Ausfall der Lungenschwimmprobe allein weder bei frischen noch bei faulen Früchten dafür beweisend ist, daß das Kind geatmet hat. Nach früheren Untersuchungen K.s findet sich das gasbildende anaerobe Stäbchenbakterium, das auch Hitschmann und Lindenthal bei ihren Fällen gefunden haben, normalerweise nicht im Scheidensekret der Schwangeren; vielmehr geht es, in Reinkultur in die Scheide Schwangerer gebracht, innerhalb kurzer Zeit dort zu Grunde.

Marx (München).

Camerer. Zur Physiologie des Säuglingsalters.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde Bd. 56 Heft 4.)

Physiologisch-chemische Untersuchungen, deren zahlreiche Ergebnisse nicht in Kürze wiedergegeben werden können. Sie betreffen die Wachstumsvorgänge beim Säugling und beim Erwachsenen, die Bedeutung der einzelnen Nahrungsstoffe für den Stoffwechsel, die Zusammensetzung, speziell den Eiweißgehalt der Frauenmilch und die Bildung, Prüfung und Verwendung physiologischer Mittelwerte.

Hecker (München).

Digitized by Google

A. Adsersen (Däne). Gewichts- und Längenkurven neugeborener Kinder 1891—1894.

(Nordiskt medicinskt Arkiv 1902 Abt. II Heft 4 No. 19.)

Verf. hat früher (Nordiskt medic. Arkiv 1896—1900) nachgewiesen, daß die Schwankungen in den Gewichts- und Längenkurven von neugeborenen Kindern Übereinstimmungen zeigen, sei es, daß die Kinder am einen oder anderen Orte geboren sind, daß aber die Schwankungen nicht immer gleichzeitig auftreten, sondern in der kältesten Jahreszeit früher bei den Kindern, welche am weitesten nach Westen, später bei denen, welche am weitesten nach Osten geboren sind, eintreten.

Verf. veröffentlicht jetzt Untersuchungen aus dem Entbindungshause zu Helsingfors und aus der Mariae-Gebäranstalt zu St. Petersburg. Die Zahlen betreffen nur reife, in Helsingfors 1891—1894, in St. Petersburg vom 20. Dezember 1890 bis zum 19. Dezember 1894 geborene Kinder. Das Resultat entspricht ganz besonders gut den früheren Untersuchungen des Verf.s. Die Verschiebung der Schwankungen geht — wie es aus den Tabellen hervorgeht — mit einer so großen Regelmäßigkeit vor sich, daß man — ceteris paribus — aus der Anzahl der geographischen Längengrade ziemlich genau den Grad der Verschiebung vorauszuberechnen im stande ist. Verf. glaubt, daß die Erforschung dieser Verhältnisse dazu beitragen kann, über die jährliche Periodizität der menschlichen Stoffwechselprozesse und die Verschiedenheiten derselben als eine Folge der Lage des Geburtsortes aufzuklären.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

H. Neumann. Körpergewicht der Säuglinge nach sozialer Gruppierung.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde Bd. 56 Heft 5.)

Diagrammatische Darstellung der Resultate von 1002 Wägungen an 665 Kindern aus dem Berliner Kinderschutzverein. Es soll das durchschnittliche Körpergewicht von Säuglingen zur Anschauung gebracht werden, welche unter den Verhältnissen der Berliner Arbeiterbevölkerung künstlich ernährt werden. Bis zum vierten Monat stimmen die erhaltenen Zahlen mit den Durchschnittszahlen Camerers (für Flaschenkinder) überein, von da ab vermindert sich die Zahl der Kinder, welche die Gewichte Camerers erreichen, erheblich in zunehmendem Maße. Die Normalverhältnisse wurden durch folgende Zahlen ausgedrückt: zweite Hälfte des 1. Monats 2000—4000 g, 2. Mon. 2500—5000 g, 3. Mon. 3000—5500 g, 4. Mon. 3500—6000 g, 5. Mon. 4000—7000 g, 6. Mon. 4500—7000 g, 7. Mon. 5000—7500 g, 8. Mon. 5000—8000 g, 9. Mon. 6000—8500 g, 10.—12. Mon. 6000 bis 8500 g, 13.—15. Mon. 7000—10000 g.

Hecker (München).

Digitized by Google

Cataneo und **Marinio.** Über einige Hautsinnesfunktionen und den Raumsinn im Kindesalter.

(La Pediatria, 1902 No. 12.)

Die Untersuchungen wurden an 50 Kindern im Alter bis zu 7 Jahren vorgenommen. Es ergab sich, daß der Berührungssinn auch bei Kindern in den ersten Lebensjahren bereits sehr ausgesprochen war, die Lokalisation genau und die Empfindungskreise scharf umschrieben. Ebenso sind Drucksinn und Temperatursinn ausgebildet, desgleichen Raumsinn und Muskelsinn. Es wurde ferner mittels Anwendung der Elektrizität (Du Bois-Reymondscher Schlittenapperat) die Schmerzempfindlichkeit geprüft und es ergab sich, daß dieselbe im Vergleich zum Erwachsenen ungemein viel weniger ausgeprägt war. Verf. folgert daraus, daß die Schmerzempfindung nichts Ursprüngliches ist, sondern sich erst später herausdifferenziert und durch Erziehung und Erfahrung weitergebildet wird. F.

Konrad Gregor (Breslau). Untersuchungen über die Atembewegungen des Kindes.

(Archiv f. Kinderheilkunde Bd. 35 Heft 3 u. 4.)

Wie bei der Entwicklung der Atmung in der Säugetierreihe jener Moment, wo der Stützpunkt der Körperlast nach den hinteren Extremitäten verlegt und die Schwererichtung eine cephalocaudale wird, von Bedeutung ist, so beobachten wir auch in der Atmungsentwicklung im frühen Kindesalter einen Wendepunkt zu der Zeit, wenn der Mensch seine Atmung der der veränderten Einwirkung der Schwere auf die Bewegungen der Brusteingeweide entsprechend umzugestalten beginnt. In beiden Fällen erfolgt eine Verlegung der Schwererichtung in die cephalocaudale Linie; die ursprünglich vorwiegende Zwerchfellsatmung wandelt sich allmählich in die thorakale Atmung um. Die thorakale Atmung des Säuglings ist anfangs dadurch eingeschränkt, daß infolge der nahezu horizontalen Stellung der oberen Brustapertur eine Thoraxerweiterung durch Hebung des Schultergürtels und der oberen Rippen nicht möglich ist. Eine Zuhilfenahme der Schultermuskulatur zu tieferen Inspirationen ist mechanisch wohl durchführbar (forcierte Atmung bei Pneumonie); da aber die oberen Lungenlappen des Säuglings sich schon bei ruhig gestelltem Thorax nahezu in Inspirationsstellung befinden und durch den inspiratorischen Zwerchfellszug bereits voll entfaltet werden, so kann eine gemeinsame Aktion von abdomineller Atmung mit denjenigen Muskeln, die wir beim Erwachsenen als die Auxillarmuskulatur der Atmung bezeichnen, normalerweise nur in dem Sinne stattfinden, daß die eine Atembewegung die andere vertritt. Ein unvermitteltes Hinzutreten der Tätigkeit der sogenannten Auxiliarmuskeln zur Zwerchfellsatmung muß zur Lungenblähung führen.

Die thorakale Atmung, d. h. die Möglichkeit der Rippenhebung, wird vorbereitet durch Rippensenkung und Descensus der vorderen Brustwand. Durch die Aufrichtung des Körpers gestaltet sich auch die abdominelle Atmung günstiger: in der Rückenlage nämlich wirkt

Digitized by Google

der Druck, den Leber, Magen und Darm gegen jede Abplattung des Zwerchfells ausüben, im Sinne einer Abflachung der Atmung.

Die Arbeitsleistung der Atemmechanik, gemessen durch das Volumen der in der Zeiteinheit pro 1 kg Körpergewicht eingeatmeten Luftmenge, ist im Säuglingsalter fast doppelt so groß wie im späteren Kindesalter. Der große Verbrauch an Atmungsarbeit ist zum Teil bedingt durch die in der liegenden Stellung des Säuglings bei Steigerung seines Luftverbrauches nur die Möglichkeit zu Gebote steht, durch häufige flache Inspirationen ein Plus an Atemluft in die Lungen einzuführen. Das ältere Kind dagegen, welches bereits gelernt hat, die durch den cephalocaudalen Zug der Baucheingeweide unterstützte Zwerchfellsatmung in zweckentsprechender Weise mit der thorakalen Atmung zu kombinieren, hat dadurch in weitem Umfange die Möglichkeit, seine Atemtiefe zu variieren. Die Erwerbung einer größeren Aktionsfreiheit durch Vertiefung der Atmung geht in der Zeit vom 3.—7. Jahre vor sich.

G. photographierte Kinder verschiedener Altersklassen in den einzelnen Atemstellungen (nach dem Vorgange von C. Hasse) und zwar auf eine Platte jedesmal tiefste Inspiration und tiefste Exspiration. Es ergab sich, daß bei den meisten Mädchen die inspiratorische Hebung der oberen Brustapertur merklich größer war als diejenige des unteren Rippenrandes; bei 4 Kindern fand sogar eine Einziehung dieser Region statt bei der tiefen Einatmung. Dies erklärt sich dadurch, daß auch bei forcierter tiefer Atmung nicht die maximale Entfaltung des Thorax mit Hilfe der Rippenheber ausgeführt wird, wie es späterhin geschieht. Ferner ließ sich die für die reine thorakale Atmung charakteristische Einziehung der Unterbauchgegend nur ganz ausnahmsweise konstatieren. Bei Knaben ist die Brustatmung im allgemeinen viel besser ausgebildet und die Inspirationslinie verläuft in allen Fällen vor der Exspirationslinie. Der Typus der Atmung verändert sich zwischen dem 7. und 14. Lebensjahr nicht mehr in charakteristischer Weise.

Eine Reihe von beigegebenen Photogrammen veranschaulicht die Arbeit.

Hecker (München).

Enrico Mensi. Über Ursprung und Funktion der Hassalschen Körperchen.

(La Pediatria 1903 No. 2.)

Verf. hat die Thymusdrüse von Föten verschiedener Entwicklungsstadien untersucht, um einen Beitrag zur Lösung der Frage von der Bedeutung jener zuerst von Hassal beschriebenen, in der Marksubstanz und zwar vornehmlich um die Gefäße herum gelegenen charakteristischen Körperchen zu haben. Vor dem vierten Monat hat Verf. diese Gebilde nie gefunden; ihre größte Entwicklung erreichen sie zur Zeit der Geburt. Verf. sieht in ihnen einen für die Funktion des Organs wesentlichen Bestandteil.

F.

Digitized by Google

Theodor Panzer. Notiz über den Harn des menschlichen Fötus.
(Zeitschrift f. Heilkunde 1902 Heft 2.)

P. hatte Gelegenheit, bei einem Fötus mit fehlender Urethra den Inhalt der stark gedehnten 210 ccm haltenden Harnblase zu untersuchen. Der Harn hatte spezifisches Gewicht von 1008, reagierte neutral. Das spärliche Sediment bestand aus zahlreichen Plattenepithelien, Lymphkörperchen und Körnchen von kohlensaurem Calcium. Zucker, Aceton, Indican fehlten, dagegen fanden sich Spuren coagulierbaren Eiweißes. Neben reichlicher Menge von Allantoin, war das Fehlen von Kreatinin am auffallendsten.

Der Gesamtstickstoff betrug 0,98 g, der Harnstoff 0,36 g, die Harnsäure 0,21 g pro Liter Harn.

Die Untersuchungen dürften wohl die ersten in dieser Hinsicht angestellten sein.

Hugo Starck (Heidelberg).

S. Jakobi. Über das Erscheinen von Typhusbazillen im Urin.
(Deutsches Archiv f. klin. Medizin, Bd. 72 Heft 5 u. 6.)

Unter 35 Typhuskranken wurden bei 7 Kranken Typhusbazillen im Urin nachgewiesen (= 20 %). Bei vier derselben fanden sich Zylinder im Urin, unter diesen in 3 Fällen auch Blut.

In einem Falle enthielt der Urin auch nach Aufhören der Nephritis noch Typhusbazillen.

Beim Auftreten der Bakteriurie waren stets auch schon Roseolen vorhanden; eine schwere Komplikation scheint die Bakteriurie nicht zu bedeuten, da alle Fälle geheilt wurden. Immerhin ist auch aus diesen Untersuchungen zu entnehmen, daß dem Urin Typhuskranker eine größere Aufmerksamkeit besonders hinsichtlich der Desinfektion geschenkt werden muß, zumal da häufig auch noch in der Rekonvaleszenz virulente Typhusbazillen abgeschieden werden.

Hugo Starck (Heidelberg).

Richard Bernert. Über Acetonurie bei Typhus abdominalis.
(Zeitschrift f. Heilkunde 1902 Heft 2.)

B. suchte festzustellen, ob Acetonurie eine regelmäßige Begleiterscheinung des Typhus abdominalis ist und solche die Diagnose erleichtern kann. Auf Grund von 94 Typhusfällen, unter denen nur in 11 (= 11,7 %) Fällen Acetonurie nachzuweisen war, kommt B. zu dem Schluß, daß dieselbe für Typhus nicht diagnostisch verwertet werden kann, sondern eher für Autointoxikation spricht: Tritt im Verlauf eines Typhus Acetonurie auf, so dauert dieselbe in der Regel auch in der Deferveszenzperiode nach, wahrscheinlich als Folge der Unterernährung. Allerdings kann die Unterernährung nicht als einzig auslösende Ursache für die Bildung von Aceton gelten, da sonst dessen Auftreten häufiger beobachtet werden müßte.

Hugo Starck (Heidelberg).

Digitized by Google

Leo Schaps. Beiträge zur Lehre von der cyklischen Albuminurie.

(Archiv f. Kinderheilkunde Bd. 35 Heft 1 u. 2.)

Bei der cyklischen Albuminurie hält die Eiweißausscheidung eine gewisse Regel inne, z. B. so, daß der Nachtharn kein Albumen enthält, im Tagharn aber sich solches in wechselnder Menge nachweisen läßt, während gegen Abend das Albumen im Harn wieder verschwindet. Fast alle Fälle dieser Erkrankung finden sich bei Individuen im Alter von 5—15 Jahren, und zwar werden Mädchen 4mal so häufig davon betroffen wie Knaben (Ursache davon vielleicht die bei jenen so häufige Cystitis, die sich zuweilen vielleicht zu aufsteigender Nephritis entwickelt).

Nach ihrem Allgemeinzustand sind die betreffenden Pat. fast durchwegs blasse, grazil gebaute Kinder mit dürftiger Muskulatur und ebensolchem Unterhautfettgewebe. Ein großer Teil leidet an Obstipation, sowie an häufigen Entzündungen der Rachenmandel und Rachenwand. Die subjektiven Klagen bestehen in Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit, öfter Übelkeit, welche sich bis zum Erbrechen steigern kann, Herzklopfen und allerhand Schmerzen, besonders Seitenstechen.

Sehr häufig sind pathologische Erscheinungen von Seite des Herzens wie Dikrotie des Pulses, hebender Spitzenstoß, frequente Herztätigkeit, wechselnde Arythmie des Pulses, Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts und links und zumeist Geräusche zugleich mit akzentuiertem zweiten Pulmonalton. Alle diese Erscheinungen wechseln sehr an Intensität und auch an Qualität, was gegen einen organischen Herzfehler spricht. Dilative Herzschwäche wurde nicht beobachtet.

Die Prognose ist quoad vitam gut, quoad sanitatem aber schlecht; die betreffenden Kinder zeigen noch nach vielen Jahren dieselben Erscheinungen wie früher.

Auffallend ist das familiäre Auftreten der cyklischen Albuminurie. S. konstatiert dasselbe 5mal.

Über die Ätiologie ergibt sich wenig Positives. In der Mehrzahl der Fälle sind Infektionskrankheiten vorausgegangen. Sehr wahrscheinlich ist ein Zusammenhang zwischen der cyklischen Albuminurie und pathologischen Zuständen am Herzen, wobei diese als die primäre Störung aufzufassen sind.

Hecker (München).

Charles Herrman. A case of Paroxysmal Hemoglobinuria in a boy your years old.

(Archives of Pediatrics, Februar 1903.)

Im Kindesalter kommt die paroxysmale Hämoglobinurie selten vor. Es sind nur einige 20 Fälle in der Literatur beschrieben worden. H. schildert seinen Pat., einen 4jährigen Knaben, der als Säugling an kongenitaler Syphilis gelitten hatte. Die Anfälle werden in der Regel des Morgens gegen 10 Uhr beobachtet. Das Kind wird

Digitized by Google

reizbar, gähnt, klagt über Kopfweh und bekommt einen Schüttelfrost. Bleich, mit blauen Lippen und mormorierter Haut an den Beinen, klagt er über Müdigkeit, legt sich hin und verfällt in einen Schlaf, wobei die Körperwärme ansteigt. Eine halbe Stunde später wacht er auf, und nun geht der braunrot gefärbte Harn ab. Danach stellt sich Wohlbefinden ein. Die nachfolgende Entleerung liefert einen leicht gefärbten, an Uraten reichen Urin. Der ganze Anfall dauert 1 bis $1^1/_2$ Stunden, und wird durch Kälte angeblich nicht hervorgerufen.

Der Knabe wurde antiluetisch mit Jodkalium und Quecksilber behandelt, und die Anfälle kehrten erst seltener wieder, um dann einige Zeit lang gänzlich auszubleiben. Die früher vergrößerte Milz ging auf ihre normalen Maße zurück. Da man in der Hälfte aller Fälle Lues in der Anamnese findet, empfiehlt sich stets ein Versuch mit antisyphilitischen Mitteln. Verf. gibt mit Vorliebe Protojoduretum Hydrargyri in Dosen von 3—6 Milligramm, 3mal täglich während 5 Tagen, um dann auszusetzen und Ferrum peptonatum 5 Tage lang zu geben. Die Anfälle werden dadurch gemildert und kehren seltener wieder. Bei Verdacht auf Malaria ist natürlich Chinin indiziert. Sonst verordne man Ruhe und Wärme, eine blande Diät, namentlich reichlich Milch und Wasser, bei stark saurem Harn Alkalien, bei schwächlichen Kindern Lebertran. Warme Bäder mit nachfolgender Abreibung scheinen günstig zu wirken. Der beginnende Anfall ließe sich vielleicht durch eine heißes Senfbad coupieren.

Auf Schutz vor Erkältung ist großes Gewicht zu legen. An kalten Wintertagen bleibt das Kind am besten im Zimmer. Kalte Bäder sind ebenfalls zu vermeiden. Die Prognose ist gut quoad vitam; immerhin denke man an die Möglichkeit einer hinzutretenden wirklichen Nephritis.

Leo Jacobi (New York).

Cornelia de Lange. Zur Kasuistik der Phosphaturie im Kindesalter.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde Bd. 57 Heft 1.)

Phosphaturie bei einem 7 Monate alten Kinde. Die Erscheinung, die nach Soetbeer auf vermehrter Kalkausscheidung mit dem Urin und verminderter Kalkausscheidung mit den Fäces beruht, war hier wahrscheinlich veranlaßt durch eine Störung einer Darmfunktion infolge von Oxiuren. Letztere können Darmkatarrh erzeugen und unter Umständen die ganze Dickdarmschleimhaut pelzartig besetzen.

Hecker (München).

Guida. Behandlung der Diabetes mellitus bei Kindern.

(Arch. di patologia e clinica infantile 1902 No. 4.)

Verf. rät, Säuglingen, bei denen Diabetes festgestellt ist (? Ref.) mehrere Male täglich 100 g alkalisches Mineralwasser, z. B. Vichy mit Zusatz von 0,1 Natronbikarbonat zu geben. Älteren Kindern wird man hauptsächlich Milch geben; dazu geringe Mengen Kartoffeln,

Digitized by Google

Brot und hin und wieder ein Ei. Daneben geringe Dosen Marsalawein mit alkalischem Wasser vermischt; im Winter Lebertran.

F.

Myron E. Fischer. Infantile Diabetes mellitus.

(American Medicine 1902 13. Dezember.)

Diabetes mellitus im Kindesalter ist selten genug, um kasuistische Mitteilungen zu rechtfertigen. Dieser Fall betrifft ein 3 1/2 jähriges Mädchen. Großes Durst, unstillbarer Hunger, Polyurie und reizbare Schwäche des Nervensystems waren die Symptome. Der Urin enthielt sehr viel Zucker. Trotz der angemessenen Diätverodnung verfiel das Kind rasch und ging innerhalb 3 Wochen im Koma zu Grunde.

Ätiologische Anhaltspunkte bietet möglicherweise der Umstand, daß 2 Jahre vorher das Kind an heftigen Krämpfen gelitten hatte, welche eine rechtsseitige Hemiplegie hinterließen. Diese Lähmung ging nur teilweise zurück; auch wiederholten sich mehrmals später die Konvulsionen.

Leo Jacobi (New York).

Seelheim (Brünen). Zwei Fälle von Diabetes mellitus im kindlichen Alter.

(Der Kinderarzt 1903 No. 4.)

14 jähriger und 3 1/2 jähriger Knabe. Gesamtdauer ad exitum im ersten Falle 7—8 Monate, im zweiten Falle ca. 8 Wochen. Beiden Fällen gemeinsam das Fehlen übergroßer Eßbegier, die auffallende Veränderung des Gesichtsausdruckes (unbeweglich, ergeben), die allmähliche Abnahme des Durstes und der Urinmenge bei fast unverändertem Prozentgehalt an Zucker. Beide Eltern streng solide; in beiden Familien keine erblichen organischen Krankheiten, i. sp. Diabetes, wohl aber nervöse Störungen bei verschiedenen Gliedern.

Grätzer.

Lang (Karlsbad). Über Glykosurie als Initialsymptom einer Schrumpfniere.

(Die Medizin. Woche 1902 No. 46.)

L. beschreibt einige Fälle, welche zeigen, daß Glykosurie als diagnostisch wertvolles Symptom einer beginnenden Schrumpfniere auftreten kann zu einer Zeit, wo alle anderen Symptome fehlen; eine geringfügige Glykosurie, die durch Kohlehydratzufuhr nicht oder nur unwesentlich beeinflußt wird, verschwindet nach relativ kurzem Bestande, um den klinischen Symptomen einer echten Schrumpfniere Platz zu machen.

Die Beobachtungen betrafen eine 63 jährige und eine 53 jährige Person, sowie ein 11 jähriges Kind.

11 jähriger Knabe. Mach Angabe der Mutter klagte der Knabe seit mehreren Wochen über langdauernde Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit. Anamnese ohne Belang bis auf einen vor 3 Jahren durchgemachten Scharlach. Seither soll der Knabe stets gesund gewesen sein. Die Untersuchung ergab durchaus normale

Digitized by Google

Verhältnisse, namentlich am Herzen weder perkutorisch noch auskultatorisch nachweisbare Veränderungen. Die Untersuchung des in 24 Stunden entleerten Harnes ergab folgendes Resultat: Harnmenge 1650 cm³, spezifisches Gewicht 1016, Eiweiß negativ, deutliche Spuren Zucker, mikroskopisch keine Abnormität. Trotz eindringlicher Mahnung, sich von Zeit zu Zeit vorzustellen, sah L. den Knaben erst nach 8 Monaten wieder, als sich neue Beschwerden eingestellt hatten. Er klagte über Kurzatmigkeit beim Treppen- und Bergsteigen, sowie beim Laufen. Objektiv ließ sich nur eine Vergrößerung der Herzdämpfung und akzentuierter zweiter Aortenton feststellen. Die Harnuntersuchung ergab geringe Spuren von Albumen (deutliche Opaleszenz), kein Zucker (bei frei gewählter gemischter Kost), mikroskopisch einzelne hyaline und mit einzelnen Leukocyten besetzte Zylinder. Im Laufe der weiteren Untersuchung war niemals Zucker aufzufinden, hingegen stets Albumen und Zylinder.

Grätzer.

A. Caillé. Chronic parenchymatous nephritis in a child treated by renal decapsulation (Edebohls' Operation).

(Archives of Pediatrics, Oktober 1902.)

Die operative Behandlung chronischer Nephritiden rührt von Edebohls (New York) her, dessen Methode in der Entfernung der bindegewebigen Nierenkapsel besteht. Dadurch kommt das Nierengewebe mit der sehr gefäßreichen Fettkapsel in unmittelbare Berührung, und es bilden sich alsbald zahlreiche Anastomosen zwischen den beiden Gefäßbezirken. Das Blut wird nun aus der überfüllten Niere in die neuen Bahnen geleitet und das kranke Organ einigermaßen entlastet. Edebohls hat mit seiner Methode gute und permanente Erfolge erzielt.

Der von C. mitgeteilte Fall betrifft ein 5jähriges Mädchen mit chronischer parenchymatöser Nephritis nach Masern. Die Operation wurde von Dr. Edebohls ausgeführt: beide fibröse Nierenkapseln wurden entfernt. Die Heilung ist zur Zeit noch keine vollständige, doch geht es dem Kinde ganz gut, und ein dauernder Erfolg ist wohl in Aussicht zu stellen.

Leo Jacobi (New York).

Valvasori. Die Albumosurie bei einigen Kinderkrankheiten.

(La Pediatria 1902 No. 8.)

Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Ergebnissen:

Bei Erkrankungen entzündlichen Charakters (Darmkatarrh, Bronchialkatarrh, Bronchitis, Bronchopneumonie) zeigt die Zunahme der Albumosurie eine Ausbreitung und Fortschreiten, die Abnahme der Albumosurie einen Rückgang des Krankheitsprozesses an. Bis zu einem gewissen Punkt kann man auch aus dem Grade der Albumosurie einen Rückschluß machen auf Gutartigkeit bezw. Schwere der Erkrankung. Einen noch höheren Wert hat die Untersuchung auf Albumosurie bei eitrigen Prozessen (Pleuritis, Leberabszeß, Gehirnabszeß); denn je größer die Virulenz der Eiterungen ist, je mehr der Eitererguß unter Zerstörung der umgebenden Gewebe sich ausdehnt, desto stärker ist die Reaktion des Urins auf Albumose. Mit dem Verschwinden des Eiters schwindet auch die Albumosurie.

Digitized by Google

Bei den spezifischen Entzündungen (Tuberkulose) ist Albumose im Harn ein häufiges Vorkommnis; die Albumosurie ist geringer bei den lokalisierten Formen, stärker bei der allgemeinen Form der Tuberkulose und überall da, wo Eiter gebildet wird. Sie steht in keinem Verhältnis zur Höhe der Körpertemperatur. Bei Ileotyphus und Varicellen findet sich Albumosurie fast stets; bei Chorea ist sie bisweilen für kurze Zeit vorhanden.

Bei all den angeführten Krankheiten findet sich niemals im Urin die sogenannte Hemialbumose oder Propepton. F.

F. Siegert (Straßburg). Albumosurie im Verlauf der Nephritis bei Diphtherie und Scharlach und ihre prognostische Bedeutung.

(Monatsschrift f. Kinderheilkunde, Dezember 1902.)

Seit 8 Jahren hat S. im Verlaufe der akuten parenchymatösen Nephritis gar nicht selten die hochgradige Albuminurie plötzlich von starker Albumosurie kompliziert gesehen, und fast stets war damit der Beginn rascher Heilung der Nephritis eingeleitet.

An Stelle des aus dem Essbachschen (Pikrinsäure), wie Spieglerschen (Gerbsäure) Reagens ausfallenden dichten Niederschlages tritt ein schmieriger, der Wand oft zäh anhaftender Niederschlag in der gänzlich getrübten Reagensflüssigkeit. Immer ist der Niederschlag dabei erheblich vermindert. Beim Erhitzen des mit Essigsäure schwach angesäuerten Harns tritt schon bei ca. 60° eine intensive Trübung ein, um so intensiver, ja vorsichtiger erwärmt wird, in der Kälte noch zunehmend. Beim Erhitzen auf 100° fällt das Albumin aus der wieder klaren Flüssigkeit aus, die beim Erkalten aufs neue sich trübt. Filtriert man den kochenden Harn auf heißem Filter, so trübt sich das Filtrat stark beim Erkalten und wird bei erneutem Kochen fast klar. Auf Pikrinsäure (Essbachs Reagens), wie Gerbsäure (Spieglers Reagens) erfolgt intensive Trübung in der Kälte, welche dauert, beim Erhitzen aber fast verschwindet, beim Erkalten sofort wiederkehrt. Auf Übersättigung des essigsauren Harns mit konzentrierter Kochsalzlösung, wie auf Zusatz von Ferrocyankali erfolgt Trübung. Millon, Molisch, Xanthoproteinreaktion positiv, bei Biuretreaktion violettrote Färbung.

Die dauernde Trübung des Essbachschen, wie Spieglerschen Reagens, das Auftreten derselben beim Erhitzen, das Schwinden beim Kochen und verstärkte Wiederauftreten in der Kälte lassen die Albumosurie trotz gleichzeitiger starker Albuminurie nicht übersehen. Dieselbe gibt, und das ist für den Praktiker das Wichtigste, meist eine gute Prognose; Ablauf der Nephritis in kurzer Zeit.

Grätzer.

O. Heubner. Bemerkungen zur Scharlach- und Diphtherieniere.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 4.)

Mit einem neuen, etwas umständlichen Verfahren untersuchte H. vorläufig 2 Fälle, je einen Scharlach- und einen Diphtheriefall, und

Digitized by Google

verglich mit den so gewonnenen Erfahrungen Präparate von je einem früher untersuchten Falle. Die Zahl der Fälle ist so gering, weil H. nur ganz reine untersuchen wollte, von denen man voraussetzen durfte, daß eben nur das Scharlachvirus oder das Diphtheriegift die Erkrankung der Niere bedingt hatte.

Die Resultate der Untersuchungen waren nun folgende: Bei den zwei Scharlachfällen handelte es sich um eine ganz exquisit hämorrhagische Erkrankung mit ganz vorwiegender Beteiligung der Glomeruli, und erst sekundärer Erkrankung der Nierenepithelien, und zwar in der Hauptsache einer Degeneration und klumpigen Zusammensinterung mit dem ergossenen Blute in den ersten, direkt an die Glomeruli anstoßenden Abschnitten der gewundenen Kanäle erster Ordnung. Es steht also diese Erkrankung der Nieren, die ganz vorwiegend und primär den Gefäßanteil der Nierensubstanz betrifft, in ganz gutem Einklang mit den klinischen Erscheinungen der Scharlachnephritis, die sich ja durch ihren regelmäßig hämorrhagischen Charakter sehr deutlich zu erkennen gibt.

Ganz anders die Diphtherieniere: Blutungen fehlen zwar auch hier nicht ganz, sie waren aber nirgends an den Glomerulis und in den gewundenen Kanülen anzutreffen, vielmehr nur in vereinzelten geraden Kanälen. Dagegen ist der Diphtherieniere in den von H. untersuchten Fällen die primäre Degeneration der Nierenepthelien eigen. Diese trifft aber in keinem der beiden Fälle das Gesamtkanalsystem, sondern immer nur einzelne seiner Abschnitte. Die Befunde stimmen insofern mit den Resultaten der klinischen Untersuchung überein, als auch während des Lebens die hämorrhagische Beschaffenheit des Urins gänzlich fehlte und dafür nur abgestoßene Epithelienzylinder und Leukocyten nachweisbar waren. Die beiden Diphtheriefälle waren Erkrankungen an reiner Diphtheria gravissima, ohne Komplikationen seitens der Bronchien und Lungen. Grätzer.

P. N. K. Schwenk. Postdiphtheric Ocular Paralysis.
L. C. Peter. Postdiphtheric Paralysis affecting the general Nervous System.
C. L. Felt. Postdiphtheric Paralysis affecting the Ear and Throat.

(Medical News, den 14. Februar 1903.)

Unter allen akuten Infektionskrankheiten führt die Diphtherie am häufigsten zu Augenmuskellähmungen, und unter diesen ist Lähmung der Ciliarmuskeln die gewöhnlichste. In der Regel sind beide Augen affiziert. Die Lähmung tritt 2—6 Wochen nach der Grundkrankheit auf und schwindet innerhalb des gleichen Zeitraums. Kinder erholen sich rascher als Erwachsene. Der Schaden wird durch gestörtes Sehen in der Nähe angezeigt. Von den äußeren Augenmuskeln sind die Recti externi besonders häufig gelähmt, doch dauert in diesem Falle die Paralyse eine kurze Zeit. Öfters findet man nur eine Parese.

Digitized by Google

Sehr wahrscheinlich ist die Affektion eine periphere, wofür die symmetrische Verteilung und die freibleibenden Pupillen deutlich sprechen.

Nach P. steht die Häufigkeit der diphtheritischen Paralysen in einem mehr oder weniger direkten Verhältnis zur Schwere der allgemeinen Infektion. Nasendiphtherie prädisponiert im hohen Grade zu lokalen und allgemeinen Lähmungen. Mit Ausnahme der Herz- und Respirationslähmungen, geben die übrigen eine gute Prognose ab. Frühzeitige Einspritzung von Antitoxin bietet einen großen Schutz gegen Paralysen. Höchst wichtig in prophylaktischer Hinsicht ist demnächst absolute Ruhe während des gesamten Verlaufes der Diphtherie. Bei eingetretener Lähmung sind Ruhe, Massage, der galvanische Strom, Eisen und Strychnin unsere Hauptstützen.

Der weiche Gaumen liefert den klassischen Sitz der diphtheritischen Lähmung. Die Kaumuskeln werden sehr selten befallen, und dasselbe gilt vom Ohre. F. hat lediglich zwei Berichte von Taubheit nach Diphtherie auffinden können. Meist kommt es zur Heilung, namentlich unter zweckmäßiger Therapie. Strychnin ist sehr wertvoll; daneben durch Elektrizität Massage, Bäder und Bettruhe die geeigneten Mittel.

Leo Jacobi (New York).

W. M. Beaumont. Paralysis of the Accomodation an a posteriori view of Diphtheria.

(The Bristol medico-chirurgical Journal, September 1902 S. 213.)

B. geht von dem Standpunkt aus, daß alle Halsaffektionen, denen Akkommodationsstörungen folgen, diphtherische sind. Diese Störungen treten nach schweren und leichten Fällen auf. Die Diagnose der Diphtherie ist in den Fällen, wo Membranen fehlen, ohne Nachweis der Bazillen nicht zu führen. Es hatte somit Interesse, auf Grund einer Statistik von Akkommodationsstörungen zu untersuchen, wie oft die Diphtherie übersehen wird. Von 33 Fällen von Akkommodationsstörungen war in 14 Fällen (58 %) die Diphtherie vorher diagnostiziert. Von diesen 14 waren allerdings nur fünf Fälle von Ärzten untersucht worden.

Schreiber (Göttingen).

R. Glatard. Die Nasendiphtherie.

(Inaugural-Dissert. Paris 1902.)

Die zahlreichen Untersuchungen, welche G. mit Bezug auf diese Erkrankungsform angestellt hat, haben erwiesen, daß dieselbe sehr häufig vorkommt und oft verkannt wird. Die reinen Diphtherieformen geben eine gute Prognose, während die Streptokokkendiphtherien als bösartig anzusehen sind.

Die nasale Lokalisation des Löfflerschen Bazillus kann allein für sich vorkommen oder als Folge bezw. Anfang einer diphtheritischen Angina. Mitunter ist eine Tendenz zu chronischem Verlaufe bemerkbar und es entwickelt sich eine sogenannte Rhinitis fibrinosa, welche aber wegen ihrer Ansteckungsfähigkeit von besonderer Wichtigkeit ist.

Digitized by Google

Bezüglich der Behandlung ist die Anwendung des Diphtherieserums in erster Reihe zu nennen, doch darf die lokale antiseptische und allgemeine tonisierende Behandlung nicht vernachlässigt werden.

E. Toff (Braila).

Erik E. Faber (Däne). Die Todesursachen bei der Diphtherie. (Dissertation, Kopenhagen 1908 105 S.)

Der Verf. nahm mit dem Gärtnerschen Tonometer zahlreiche Blutuntersuchungen bei Kindern, welche an Diphtherie litten, vor. In den leichten und einigen schweren Fällen trat keine Änderung des Blutdruckes ein. In mehreren schweren und in den schwersten Fällen fiel der Blutdruck im Anfang der Krankheit, um das Minimum im Schluß der zweiten oder im Anfang dritten Woche zu erreichen, und nahm dann wieder langsam zu, bis der normale Blutdruck sich in der vierten oder fünften Woche wieder nachweisen ließ. Nicht immer wurden gleichzeitig andere hervortretende klinische Symptome gefunden, aber wenn die für diese Krankheitsperiode charakteristischen Kollapssymptome eintraten, trafen diese mit dem niedrigen Blutdrucke zusammen. Der Fall des Blutdruckes kann also als ein wichtiger, nie fehlender Teil dieses Symptomenkomplexes angesehen werden.

Rücksichtlich der Todesursachen teilt der Verf. die Pat. in fünf Gruppen. Gruppe I umfaßt die schwersten Diphtheriefälle, in welchen die Pat. im Verlaufe der ersten 8 Tage sterben, während der lokale Prozeß auf seinem Höhepunkt ist, ohne daß Komplikationen noch das Krankheitsbild beherrschen, Gruppe II die Patienten, welche in der zweiten oder dritten Woche nach dem Ende des Fiebers und dem Schwinden der Belege, oft nach scheinbarem Wohlbefinden, vielleicht mit anfangenden leichteren Paresen sterben. Dem Tode voraus geht ein eigentümlicher apathischer mit Jaktation wechselnder Zustand, Gruppe III die Pat., welche an Respirationsleiden sterben, Gruppe IV die Pat., welche im Stadium der Paresen sterben, nachdem die Diphtherie schon lange überstanden ist, Gruppe V die Pat., welche im Stadium der Rekonvaleszenz an zufälligen Komplikationen oder an anderen von der Diphtherie nicht direkt folgenden Krankheiten sterben (z. B. Granulom nach Tracheotomie, croupöse Pneumonie, Scharlach, Tuberkulose).

Im Widerstreit mit den meisten anderen Forschern vertritt der Verf., auf sowohl pathologisch-anatomische als klinische Untersuchungen gestützt, daß die Todesursache bei den Pat. der ersten und zweiten Gruppe nicht eine Herzlähmung ist, sondern der lähmende Einfluß des Diphtheriegifts auf das vasomotorische Zentrum, die davon folgende abnorme Blutverteilung und deren Einwirkungen auf den Organismus. In der dritten Gruppe tritt der Tod gewöhnlich durch allmähliche Erstickung und Kohlensäureintoxikation, in selteneren Fällen durch plötzliches Verstopfen des Luftweges ein, wodurch eine Stockung des Kreislaufes entsteht. In der vierten Gruppe ist Respirationslähmung die häufigste Todesursache, entweder direkt durch Unterbrechung der Respiration, oder indirekt durch die wegen der

Digitized by Google

Parese hervorgerufenen Entzündungsprozesse in den Lungen. Indirekt können die Paresen auch durch Schluckpneumonien oder durch Erstickung wegen des Eindringens der Nahrung in den Luftweg den Tod hervorrufen.

Endlich kann vielleicht Herzparalyse die einzige oder mitwirkende Todesursache sein. In der fünften Gruppe ist natürlich in jedem verschiedenen Falle die Todesursache verschieden. Der Verf. hebt nur hervor, daß der Tod bei Pat. mit Granulom in einzelnen Fällen ganz plötzlich, ohne eigentliche Erstickungserscheinungen, eintreten kann, indem Kollaps gleich im Anfang der Respirationsbeschwerde auftritt. Wenn ein solcher Fall eintritt, in welchem man kein deutliches Zeichen von Granulom bemerkt hat, insbesondere wenn keine Autopsie stattfindet, ist der kausale Zusammenhang mit der Granulombildung nicht leicht ersichtlich, und solche Fälle werden oft fehlerhaft als eine von der Diphtherie verursachte Herzparalyse, „plötzlicher Herztod", aufgefaßt. Adolf H. Meyer (Kopenhagen).

H. Eppinger. Die toxische Myolyse des Herzens bei Diphtheritis.

(Aus dem pathol.-anatom. Institut Graz.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 15 u. 16.)

E. ist nach genauen Untersuchungen zur Überzeugung gelangt, daß es sich bei der postdiphtheritischen Herzlähmung um Auflösung der Herzmuskelfasern handelt, die durch die Diphtherieintoxikation herbeigeführt wird. Er begründet diese Ansicht eingehend.

Grätzer.

W. Gerlach. Tod nach einer Antidiphtherieseruminjektion.

(Aus dem Gouvernementslandschaftshospital in Poltawa.)

(Therap. Monatshefte 1903 No. 4.)

Das Serum wirkte bei dem Kinde deutlich auf den Verlauf der Diphtherie ein, aber es entwickelte sich dann an der Haut ein Erythema exsud. multiforme, im Anschluß daran wurde Pat. von Hirnerscheinungen befallen und starb im Laufe der aufgetretenen Krampfanfälle an Herzparalyse. Bei der Sektion fand man zwischen der harten Hirnhaut und der Schädeldecke serös durchtränkte, hyperämische und zugleich leicht hämorrhagische Flecken, also pathologisch-anatomisch dasselbe, was die Haut beim Erythema exsud. bietet. Allerdings erschien der Herzmuskel auch affiziert, und möglicherweise wäre bei unverändertem Herzen der Tod nicht eingetreten, andererseits aber waren es wiederum die Anstrengungen der schweren Krämpfe, denen das Herz nicht Stand hielt, und so schreibt G. den letalen Ausgang dem Serum in die Schuhe, als dessen Nachwirkung das Erythema exsud. der Haut und des Hirns offenbar doch anzusehen ist.

Grätzer.


Digitized by Google

v. Niessen (Wiesbaden). Diphtheriebazillen im Blute und im Behringschen Heilserum.

(Wiener med. Wochenschrift 1902 No. 47 u. 48.)

Verf. konnte sowohl im Blute tuberkulöser Menschen und Tiere, wie auch in den verschiedenen Tuberkulinpräparaten Kochs lebende und fortpflanzungsfähige Tuberkelbazillen kulturell nachweisen und stellte deshalb bei der Diphtherie und ihrem Serum in gleicher Richtung Nachforschungen an. Dieselben fielen positiv aus. Im Blute Diphtheriekranker, sowie im Höchster Serum fanden sich echte Diphtheriebazillen. Auch konnte er bei Pat. eine Art Diathese nach Serumbehandlung entdecken. Verf. fragt nun: „Liegt nicht eine Gefahr darin, und ist es nicht ein überaus gewagtes Experiment, jene Präparate regenerationsfähiger plasmatischer Derivate pathogener und virulenter Bakterien zu therapeutischen Zwecken dem Menschen einzuverleiben? Die Erfolge des Diphtherieheilserums sprechen zwar dagegen, immerhin gibt meine Beobachtung zu denken, mahnt sogar bezüglich des Tuberkulingebrauches entschieden zu größter Vorsicht. Zwar hat der erste Teil der analogen Experimente, der Nachweis von Tuberkel- bezw. von Diphtheriebazillen im Blute bei den entsprechenden genuinen Krankheiten erwiesen, daß wir es auch hier weit öfter und wahrscheinlicher mit Allgemeininfektionen, mit generalisierten und nicht nur lokalisierten Prozessen zu tun haben, als insgemein angenommen wird, immerhin hat das Prinzip der künstlichen Schaffung einer Diathese mit dem lebendigen Bakterienplasma, einer Art überkompensatorischen Stimulation der reaktiven Körperfunktionen, mit einem Wort hat diese Methode der Immunisierungstherapie, die, wie gesagt, stets auf biologischen Prinzipien beruht, ihre schwerwiegenden Bedenken, da das Schicksal der kurativ einverleibten Bakterienplasmaelemente, wie uns das Beispiel der Syphilis lehrt, nicht die völlige Elimination oder Assimilation, sondern eben das ist, was wir Diathese, oder chronischen, mehr weniger timiden, zu Paroxysmen und Rezidiven neigenden Infektionszustand bezeichnen. Die relative Immunität, die wir also erzielen, ist in vielen Fällen, so paradox das erscheint, Infektion, Diathese, und nichts garantiert eine derzeitige Anabiose zu akuten Krankheitserscheinungen an diesem oder jenem Organ, nichts verhindert die Schaffung der sogenannten Disposition mit ihrer Schwester, der erblichen Belastung.“ Im ganzen wird man ja allerdings lieber eine nicht unmittelbar lebensgefährliche Diathese in den Kauf nehmen, wenn periculum in mora war und die Seruminjektion direkt lebensrettend wirkt, trotzdem ist es wohl dem Arzte nicht zu verdenken, wenn er dem Serum fortan etwas skeptischer gegenüber steht und nicht gleich zur Spritze greift, solange er den Diphtherieprozeß sicher mit seinen anderen Mitteln zu beherrschen im stande ist (? Ref.). Auf alle Fälle möchte Verf. entschieden vor den prophylaktischen Schutzimpfungen warnen. Grätzer.

Digitized by Google

P. Ehrlich. Bemerkungen zu dem Aufsatze von Dr. v. Niessen: Diphtheriebazillen im Blute und im Behringschen Heilserum.

(Wiener med. Wochenschrift 1903 No. 3.)

Sämtliche deutschen Diphtherieheilsera werden einer staatlichen Kontrolle unterworfen, zunächst durch das kgl. Institut für experimentelle Therapie, sodann durch vier vom kgl. preuß. Kultusministerium bestimmte Krankenhäuser, die nochmals die Sera auf Sterilität prüfen. Diese Prüfungen, die sich jetzt auf 8 Jahre erstrecken, haben noch kein einziges Mal das Vorhandensein von Diphtheriebazillen oder diphtheriebazillenähnlicher Mikroben ergeben. Die von v. Niessen bezeichneten sechs Nummern des Höchster Serums wurden jetzt noch einmal untersucht und absolut keimfrei befunden.

Die Annahme, daß Diphtheriebazillen darin sein konnten, war überhaupt von vornherein als irrige zu bezeichnen. Die Immunisierung der Pferde erfolgt ausschließlich mit Toxinen, in der lebende Bazillen nicht vorhanden sind. Werden lebende Diphtheriebazillen einem immunisierten Tiere zugeführt, so werden dieselben sehr bald abgetötet. Außerdem genügt der Zusatz von 0,5 % Karbol zum Serum, um solche Bazillen sehr bald abzutöten.

Also es ist trotz v. Niessen daran festzuhalten, daß die deutschen Diphtheriesera frei von Diphtheriebazillen sind und nach Art der Gewinnung, Konservierung und Kontrolle davon auch frei sein müssen. Grätzer.

Pool Heiberg (Kopenhagen). Einige Bemerkungen zum Artikel Kassowitz' über die Resultate der Serumbehandlung bei Diphtherie.

Kassowitz. Bemerkung zu den Bemerkungen von Heiberg.

(Therap. Monatshefte 1903 No. 1.)

Der Gedankengang, der dem Angriffe Kassowitz' zu grunde lag, skizziert H. folgendermaßen: „In einer Reihe Städte ist die Diphtheriemortalität (das Verhältnis zwischen der Anzahl der Diphtherietodesfälle und der Anzahl der Einwohner) gestiegen und gesunken, ohne von der Einführung der Serumbehandlung beeinflußt zu werden — also hat diese Behandlung keine Bedeutung gehabt.“ Die Unrichtigkeit dieser Beweisführung sucht H. an einem hypothetisch ersonnenen Beispiele nachzuweisen.

K. läßt dieses Beispiel nicht gelten; es ändert nichts an den für das Diphtherieserum in hohem Maße gravierenden Tatsachen, daß erstens einmal die Kurven der absoluten Diphtheriemortalität durch die überall um dieselbe Zeit vollzogene Einführung und Durchführung der Serumtherapie keine simultane Abknickung nach unten, sondern überhaupt keine sichtbare Alteration erfahren haben, und daß zweitens an manchen Orten trotz allgemeiner Anwendung des Serums in und außer den Spitälern eine so enorme Mortalität Platz gegriffen und sich Jahre hindurch behauptet hat, wie sie auch in der serumfreien Zeit zu den Seltenheiten gehört hat.

Digitized by Google

K. hebt dann noch eine Kundgebung Marfans aus dem Spital des Enfants-Malades in Paris hervor, wo alle Diphtheriefälle injiziert werden, aber im Laufe des letzten Jahres 271 Kinder an Diphtherie starben. Nach Marfan kamen in dem Spital zwei Formen von Diphtherie zur Beobachtung, die gewöhnliche und maligne. Bei ersterer wirkte das Serum präzis, bei letzterer — die Bösartigkeit äußerte sich entweder durch den Übergang auf die Atmungsorgane, oder durch Hämorrhagien, Ekchymosen, Nasenbluten, oder durch sehr spätes Abfallen der Membranen und durch am 8.—10. Tage erfolgendes Erbrechen — nur langsam und unsicher. Mit anderen Worten heißt dies, daß alle jene Gefahren und Komplikationen, welche das Leben der Diphtheriekranken vor der Einführung der Serumtherapie bedrohten, auch jetzt noch massenhaft Todesfälle herbeiführen, und daß nur jene gutartigeren Fälle günstig verlaufen, welche auch früher bei jeder beliebigen Therapie zum größten Teil geheilt wurden.

Grätzer.

Charles G. Kerley. Diphtheria, with and without antitoxin; 159 Cases.

(Archives of Pediatrics, Oktober 1902.)

Ein wertvoller statistischer Beitrag zur Serumbehandlung der Diphtherie. Die gesamte Kasuistik umfaßt 159 Fälle, darunter 42 operativ durch Intubation behandelte Kinder. Ein Teil aller Fälle (103) wurde ohne Serum behandelt: es waren dies Insassen eines großen Säuglingsasyls, die in recht günstigen hygienischen Verhältnissen erkrankten und bessere Pflege genossen als mancher arme „Privatpatient". Dessenungeachtet starben 60 Fälle dieser Gruppe!

Die zweite Serie besteht aus 56 Fällen, die sämtlich Serum eingespritzt bekamen. Gestorben in der zweiten Serie 4 Fälle!

Solche Zahlen sagen mehr als Worte.

Verfasser stellt folgende Regeln auf:

Ist eine Membran zu sehen, so warte man nicht auf bakteriologische Bestätigung. sondern spritze sofort Serum ein. Findet man nach 12 Stunden keine deutliche Besserung, so wiederhole man das Verfahren alle 12 Stunden bis die Membran schwindet.

Bei Croup ist die Einspritzung angezeigt, sobald die Dyspnoe eine inspiratorische und exspiratorische wird.

Die Einzeldosis soll 2000 Antitoxineinheiten betragen, für Kinder unter einem Jahre; für ältere Kinder 3000 Einheiten. Um die besten Erfolge zu erzielen, muß das Serum frühzeitig, womöglich schon am ersten Krankheitstage angewandt werden. Doch ist es nie zu spät, damit vorzugehen.

Mit Ausnahme von Urticariaausschlägen wurden keine lästige oder schädliche Nebenwirkungen beobachtet.

Leo Jacobi (New York.)

Digitized by Google

Sigismund Gerlóny. Die Diphtherieheilserumtherapie im St. Ladislaushospital im Jahre 1901.

(Orvosok lapja 1903 1. Januar.)

Im Jahre 1901 wurden im Hospital für infektiöse Krankheiten 181 Fälle diphtheritischer Erkrankung mit Heilserum behandelt. Von den 181 kranken Kindern hatten 119 Rachen-, 11 Kehlkopf-, 51 Rachen- und Kehlkopfdiphtherie. Bei 43 Fällen war die Kehlkopfstenose eine so hochgradige, daß man einen operativen Eingriff machen mußte. 42 Intubationen, eine primäre und vier sekundäre Tracheotomieen wurden vollbracht. Unter den 39 verstorbenen Kindern sind 20 in den ersten 48 Stunden des Spitalaufenthaltes verschieden. Die meisten Erkrankungen fielen auf Oktober, die wenigsten auf den Monat Januar. Die kleinste Lethalität zeigt Monat März (6,25 $^0/_0$), die größte August (71,66 $^0/_0$). Albuminurie wurde bei 42, Gaumenlähmung bei 14, Komplikationen von Seiten der Ohren bei 5, Serumexantheme bei 45 Fällen beobachtet. Zur Anwendung kam ausschließlich das Preisssche Heilserum.

E. Deutsch (Budapest).

Albert Wettstein. Weitere Mitteilungen über die Resultate der Diphtheriebehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten, Bd. 10 S. 603.)

Eine statistische Bearbeitung der vom August 1897 bis Januar 1902 auf der chirurgischen Klinik zu Zürich beobachteten Fälle von Diphtherie. Alle 549 Fälle bakteoriologisch nachgewiesener Diphtherie wurden mit Serum behandelt, 75 Fälle endeten tötlich.

In der Serumperiode war die Mortalität um zwei Drittel geringer als vor 1894.

Aus den Resultaten der Untersuchungen, in welchen das Serum als ein Spezificum gegen Diphtherie bezeichnet wird, sei hervorgehoben, daß die Zahl der Diphtheriekomplikationen seit dessen Anwendung bedeutend gesunken. Nennenswerte schädigende Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Wettstein bezeichnet es direkt als einen Kunstfehler, wenn ein Arzt nicht, sobald er klinisch die Diagnose Diphtherie stellt, sofort eine Injektion von Diphtherieheilserum macht.

Hugo Starck (Heidelberg).

Geissler (Kollinghorst). Beitrag zur Serumbehandlung der Diphtherie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 17.)

120 Diphtheriefälle mit nur 9 $^0/_0$ Mortalität. Darunter 14 Kehlkopfdiphtherien mit sieben Todesfällen, darunter drei Tracheotomierte, die sämtlich starben (kamen mit schwersten Stenoseerscheinungen erst

Digitized by Google

am 5. und 6. Tage zur Injektion); in den übrigen Fällen verschwand die Stenose prompt auf die Injektion, und von allen Fällen, die frei von Kehlkopfsymptomen injiziert wurden, bekam keiner nach der Injektion solche.

Zwei Fälle illustrierten besonders die Wirksamkeit des Serums: der eine, der alle Indikationen der Tracheotomie aufwies und ohne letztere zur Heilung kam, und ein Fall mit allen Zeichen schwerer Diphtheriesepsis, der ebenfalls gut endete. Grätzer.

N. Berestneff. Über die Gewinnung eines hochwertigen Diphtherieheilserums.

(Djetskaja Medizina 1902 No. 2.)

B. teilt das Verfahren mit, durch welches es in dem Moskauer bakteriologischen Institut gelungen ist, ein hochwertiges Serum zu erzielen. Das Wesen des neuen erfolgreichen Methode besteht darin, daß man die Pferde mit geringen Toxinmengen, die aber um so häufiger injiziert werden, immunisiert. Die Grundlage für ein derartiges Vorgehen gaben die wiederholten Beobachtungen ab, daß eine und dieselbe Toxinmenge je nach dem Injektionsverfahren ein verschiedenartiges Antitoxin erzeugen kann: so liefert ein mit geringen, aber häufigen Dosen immunisiertes Tier ein höherwertiges Serum als ein mit großen, aber seltenen Dosen Toxin behandeltes. Die durch Applikation von großen Toxinquantitäten beim Pferde hervorgerufene heftige Allgemeinreaktion wird in dem genannten Institute schon deswegen zu vermeiden gesucht, weil die hohe Temperatur durch ihren schädigenden Einfluß auf den Organismus zweifelsohne die Bildung des Antitoxins beeinträchtigt. Es wurde nachgewiesen, daß während der Fieberperiode bei den im Immunisierungsprozess befindlichen Pferden der Gehalt des Blutes an Antitoxin in der Regel sinkt. Das an die Serumglobuline gebundene Antitoxin nimmt unstreitig an dem durch das Fieber bedeutend gesteigerten Stoffwechsel teil, wodurch es natürlich leidet. Die Immunisierung mit kleinen, aber häufigen Dosen hat nun den Vorzug, daß die Pferde dabei nicht fiebern, nicht erkranken, ja nicht selten auch kein lokales Ödem aufweisen und das gewonnene Serum einen beträchtlich höheren Heilwert besitzt, als es bei der früheren Methode der Fall ist. A. Dworetzky (Moskau).

Jvo Bandi (San Paulo, Brasilien). Über die Bereitung eines antibakteriellen Diphtherieserums. Sein prophylaktischer und Heilwert.

(Zentralblatt f. Bakteriologie u. s. w. I. Abteilung, Bd. XXXIII No. 7 pag. 535.)

Auf die recht interessanten theoretischen Erörterungen des Verf. kann hier nicht eingegangen werden. Im Gegensatz zu den bisher bekannten Diphtheriesera, deren Wirkung auf antitoxischen Eigenschaften beruht, verfügt das von B. hergestellte Serum nur über sehr geringe Mengen von Antitoxinen (ca. 15 Immunitätseinheiten pro

Digitized by Google

Kubikzentimeter), dagegen wohnen ihm sehr lebhafte antibakterielle Kräfte inne, die nach Untersuchungen des Verf. den vorgenannten Sera absolut fehlen. Die bakteriziden Eigenschaften des neuen Serums wurden sowohl im Reagenzglase (Agglutination u. s. w.) als auch an Tieren nachgewiesen.

Die Gewinnung des Serums geschieht in der Weise, daß dem serumerzeugenden Tiere allmählich steigende Dosen von sensibilisierten — d. h. kurze Zeit hindurch mit spezifischem Serum behandelten — Diphtheriekulturen eingespritzt werden und alsdann das Serum des Tieres in der üblichen Weise gewonnen wird.

Der prophylaktische Wert dieses Serums liegt auf der Hand: Es tötet die eindringenden Bakterien, ehe es zur Entwickelung von Toxinen kommen kann. Durch vergleichende Tierversuche zeigt Verf. aber auch, daß es bei bereits erfolgter Infektion in seiner Wirkung die antitoxischen Sera übertrifft. Auch am Menschen hat Verf. die Wirkung seines Serums erprobt. In 7 Fällen von an Diphtherie erkrankten Kindern war der Erfolg ein stets guter. Zwei besonders schwere Fälle werden ausführlich besprochen. In beiden handelt es sich um ganz ausgedehnte Pseudomembranbildungen, die eine Tracheotomie erforderlich machten. Nach der Einspritzung von antibakteriellem Serum wurden die Pseudomembranen sehr bald in großen Stücken ausgestoßen, und es trat schnelle Genesung ein. Einmal wurden in drei Dosen 14 ccm, das andere Mal in zwei Dosen 9 ccm des Serums eingespritzt. Nach Ansicht des Verf. sind gerade solche Fälle mit ausgedehnter Pseudomembranbildung zur Behandlung mit seinem Serum geeignet, da es hier in erster Linie darauf ankommt die enormen Mengen von Bakterien möglichst rasch abzutöten.

H. Walbaum (Kiel).

M. L. Babonneix. Monoplégies diphtériques expérimentales.

(Gazette hebdomadaire, No. 87 S. 1021.)

B. ist es gelungen durch Injektionen kleiner Mengen von Diphtherietoxinen isolierte Nervenlähmungen zu erzeugen, wie das auch Roux und Yersin in ihren Versuchen gelang. Bei der Autopsie der Tiere konnten sie auch Veränderungen an den Nerven feststellen.

Schreiber (Göttingen).

Joseph O. Malley. Diphtheria Antitoxin in the infectious or bacterial Bronchopneumonia of Childhood.

(American Medizine, den 17. Januar 1903.)

Das Diphtherie-Heilserum ist auf dem Wege, neue Gebiete zu erobern. Es hat sich nämlich bei schwerem Scharlach, bei Sepsis und bei Bronchopneumonien infektiösen Ursprungs bewährt.

Verf. hat das Serum in mehreren Fällen von Bronchopneumonie nach akuten Infektionskrankheiten der Kinder angewendet und sehr befriedigende Erfolge damit erzielt. Auch bei Scharlach mit ausgesprochenen anginösen Beschwerden brachte das Mittel rasche Er-

Digitized by Google

leichterung. Andere Autoren loben das Serum als nahezu spezifisch gegen Sepsis. Die genauere Wirkungsweise bleibt einstweilen unbekannt.

Leo Jacobi (New York).

J. Konarshewsky. Das Diphtherieheilserum als therapeutisches und prophylaktisches Mittel bei Keuchhusten.

(Russky Medizinsky Westnik 1902 No. 4.)

Nachdem K. während einer Epidemie von Tussis convulsiva sämtliche empfohlene Mittel ohne Erfolg in Anwendung gezogen hatte, versuchte er es in 20 Fällen mit dem Diphtherie-Heilserum, da in der Literatur einige Hinweise auf den Nutzen dieses Serums bei Keuchhusten existieren. Und in der Tat konnte er sich davon überzeugen, daß 2—3 Injektionen von 1000 Antitoxineinheiten genügen, um den ganzen Verlauf des Keuchhustens auf die Dauer von bloß zwei Wochen zu beschränken und das Eintreten des Stadium convulsivum zu verhüten; sollten sich konvulsivische Hustenanfälle auch einstellen, so verschwinden sie in der Regel nach einer dritten Injektion vollkommen, und zwar bereits in der auf die morgendliche Einspritzung folgenden Nacht. Im allgemeinen hatte der Autor keine Veranlassung, zu einer dritten Injektion seine Zuflucht zu nehmen, da sämtliche Krankheitsyptome, die typischen sowohl wie die atypischen, nach Ablauf von 24 Stunden eine ganz beträchtliche Besserung aufweisen und zu Beginn der dritten, nicht selten jedoch schon zu Ende der zweiten Woche sich vollständig verlieren. Die Diphtherie-Heilseruminjektionen, gesunden Kindern appliziert, leisteten vortreffliche Dienste, um diese trotz ihres Beisammenseins mit den erkrankten Kindern vor der Ansteckung mit Keuchhusten zu bewahren.

A. Dworetzky (Moskau).

John H. Mc Collom. Some remarks on intubation in diphtheria.

(Archives of Pediatrics, Oktober 1902.)

Die Behandlung der diphtheritischen Larynxstenose mit Inhalationen und innerlicher Medikation ist wirkungslos und zeitraubend. Je frühzeitiger man operativ eingreift, um so besser die Prognose.

In der Wahl zwischen Tracheotomie und Intubation neigt Verf. entschieden zur letzteren Methode, welche in der Tat zahlreiche Vorteile bietet, und eine im Verhältnis zur Tracheotomie weit geringere Mortalität aufweist (25—30 %). Man hat bisher die Intubation hauptsächlich im Kindesalter ausgeführt und die Tracheotomie bei Erwachsenen vorgezogen. Verf. ist nach einigen diesbezüglichen Erfahrungen zu der Überzeugung gelangt, daß die unblutige Operation in jedem Alter bessere Resultate liefert.

Vorbedingung des Erfolges ist frühzeitiges Eingreifen. Man warte daher nicht auf bakteriologische Ergebnisse der Untersuchung, sondern intubiere sofort.

Etwas schwierig kann die Ernährung intubierter Kinder werden. Am besten ernährt man mittelst einer Schlundsonde aus weichem Gummi.

Leo Jacobi (New York).

Digitized by Google

Trumpp. Zur operativen Behandlung akuter Larynxstenosen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 13.)

T. bemüht sich seit Jahren, die Mängel, die den bisher gebräuchlichen Tuben anhaften, zu beseitigen und eine Tube zu konstruieren, die allen Anforderungen genügt. Obwohl er in diesem Streben schon seinem Ziele bedeutend näher gerückt ist, steht die Konstruktion eines wirklichen Idealinstrumentes noch aus, doch hofft T. auch die Mängel, die sich bei seinen eigenen Tuben herausgestellt haben, beseitigen zu können. Es sind dies elastische Tuben, welche große Vorzüge besitzen und denen jedenfalls die Zukunft gehört.

Grätzer.

Kander (Karlsruhe). Resektion und Naht der Trachea bei Tracheal- und diaphragmatischer Larynxstenose.

(Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie Bd. 38.)

K. bespricht anläßlich eines von v. Beck operierten Falls die verschiedenen Verfahren zur Beseitigung von Tracheal- und Larynxstenosen, die nach Tracheotomie oder Intubation bezw. Verletzungen (spez. Selbstmordversuchen) auftreten können. Er empfiehlt an Stelle der Bougierung die Resektion der erkrankten Stelle und dann, anstatt den Defekt durch plastische Operationen zu decken (wonach leicht wieder Stenose infolge Narbenschrumpfung eintritt), die Luftröhre zu mobilisieren und die gesunden Teile ringförmig miteinander zu vernähen. Angabe der bisher in der Literatur berichteten Fälle, genaue Schilderung des vorliegenden Falles und nähere Angaben über Technik der Operation und Nachbehandlung. Vulpius.

Massei. Wann darf man beim Croup extubieren?

(La Clinica moderna 1902 No. 50.)

Verf. betont, daß sich auf obige Frage eine allgemein gültige Antwort nicht erteilen läßt, sondern daß der Zeitpunkt der Extubation variiert je nach dem besonderen Verhalten des einzelnen Falles.

Folgende Gesichtspunkte empfiehlt er zur Berücksichtigung: Erstlich muß die Temperatur zur Norm zurückgekehrt sein, ferner ist auf Quantität und Qualität des Auswurfs und auf die Häufigkeit und Art des Hustens acht zu geben. Solange das Sekret noch sehr dickflüssig ist und starker Husten auf Anwesenheit reichlicher Mengen desselben in der Luftröhre hinweist, ist es empfehlenswert, zu warten. Drittens empfiehlt es sicht, die Extubation nicht eher vorzunehmen, als bis die Beläge im Pharynx und auf dem Gaumen, Mandeln u. s. w. verschwunden sind. Weiterhin sind zu berücksichtigen der Kräftezustand und Appetit, sowie Puls und Atmung. Sind Tachykardie und Dyspnoe vorhanden als Zeichen einer Vergiftung des Nervensystems, so ist größte Vorsicht anzuraten und die Extubation lieber hinauszuschieben. In jedem Fall ist es nötig, die Umgebung nach der Extubation darauf vorzubereiten, daß plötzlich wieder ein

Digitized by Google

Erstickungsanfall eintreten und eine Reintubation nötig werden kann. Denn nach Herausnahme des Tubus kann sowohl unmittelbar ein heftiger Erstickungsanfall eintreten, als auch kann die zuerst normale Atmung allmählich wieder schlechter werden.

Da wo es möglich ist, nach der Extubation zu laryngoscopieren, wird diese Untersuchung eventuell Aufschluß darüber geben, ob man mit der Möglichkeit einer notwendig werdenden Reintubation wird rechnen müssen. F.

E. Monnier. Larynxdiphtherie oder Larynxfremdkörper?
(Aus der chirurg. Klinik in Zürich.)
(Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte 1903 No. 7.)

Wieder ein Fall, welcher zeigt, wie wichtig es ist, daß man bei jeder akuten Stenose der Luftwege, auch bei vorhandener Diphtherieepidemie, an die Eventualität eines aspirierten Fremdkörpers denkt und durch genaueste Anamnese sich über die Sachlage zu orientieren sucht. Hier kam das Kind mit der Diagnose „Diphtherie“ ins Spital, wo es sofort operiert und auf die Diphtheriestation verlegt wurde, wo es wahrscheinlich nachträglich Diphtherie akquirierte, welche letal endigte. Der Fremdkörper war noch vorher entdeckt und extrahiert worden, worauf das Kind sofort aus dem Diphtheriegebäude entfernt wurde. Leider zu spät, denn bald darauf entwickelte sich Munddiphtherie — trotzdem gleich bei Beginn der Behandlung Serum injiziert worden war —, die auf Larynx und Trachea überging und von einem tötlichen Herzkollaps gefolgt war. Grätzer.

R. Linsbauer (Budapest). Die Laryngitis pseudo-membranacca als Komplikation der Masern.
(Archives de médicine des enfants 1903 No. 1.)

Im allgemeinen können zweierlei Kehlkopfentzündungen im Verlaufe der Masern unterschieden werden: die Laryngitis subglottica oder catarrhalis und die Laryngitis pseudo-membranacea. Die erstere ist nichts als eine Exacerbation des gewöhnlichen Larynxkatarrhs, der fast immer die Morbillen begleitet, kann aber eine solche Intensität erreichen, daß man an Croup denken möchte. Doch ist die Prognose im allgemeinen eine gute. Nicht so bei der zweiten Erkrankungsform, die als sehr ernst zu betrachten ist. Durch die bakteriologischen Untersuchungen wurde erwiesen, daß bei diesen mit Stenose einhergehenden Larynxaffektionen es sich um eine Infektion mit Klebs-Löfflerschen Bazillen handle. L. konnte unter 17 Fällen eigener Beobachtung 16 mal den Diphtheriebazillus kultivieren. Wahrscheinlich ist eine Prädisposition für die Diphtherieinfektion durch das noch unbekannte pathogene Agens der Masern geschaffen. Es ist nicht unmöglich, daß die Virulenz der Diphtheriebazillen durch diese Symbiose erheblich verstärkt wird, wie dies von Roux und Martin für die Symbiose derselben mit Streptokokken nachgewiesen wurde,

Digitized by Google

Die Mortalität ist demnach eine größere; so war in der Krankenhausabteilung L.s für 1261 mit Intubation behandelte reine Croupfälle die Mortalität 57,76 %, während in demselben Zeitabschnitte für 34 Fälle von Masern-Croup dieselbe auf 67,65 % gestiegen war.

Betreffend der Frequenz der postmorbillösen Kehlkopfdiphtherie, gibt sie L. mit 9,14 % an und wird dieselbe gewöhnlich bei Kindern unter 5 Jahren beobachtet. Die krankhaften Veränderungen sind nicht immer nur auf den Kehlkopf beschränkt, sondern können auch den Pharynx und die Nase ergreifen. Meist erscheinen die stenotischen Symptome am 6.—8. Tage nach Beginn der Masern, doch wurden dieselben auch später, bis zum 20. Tage beobachtet.

Bezüglich der Behandlung werden Inhalationen, Expektorantien und auch Narcotica, um den Stimmbänderkrampf zu vermindern, empfohlen. Für schwerere Fälle ist L. Anhänger der Intubation an Stelle der Tracheotomie. Die Serumeinspritzungen von 1500—3000 Antitoxineinheiten, die, wenn notwendig, zu wiederholen sind, haben die Sterblichkeit um ein Erhebliches vermindert. L. schlägt für die in Krankenhäusern behandelte Masernkranke Präventivinjektionen von Antidiphtherieserum vor.

E. Toff (Braila).

Carlo Comba. Die Behandlung der akuten Larynxstenosen bei Masern.

(Rivista di Clinica Pediatrica 1903 No. 3.)

Verf. teilt die akuten Larynxstenosen bei Masern ein in solche, die nicht diphtherischer Natur und solche, die als sekundär diphtherische zu bezeichnen sind. Jene, die meist in der ersten Krankheitsperiode vorkommen und mit dem Auftreten des Exanthems gewöhnlich verschwinden, sind wahrscheinlich nicht nur auf die Schleimhautaffektion zurückzuführen, sondern auch auf einen durch dieselbe bedingten Spasmus. In diesen Fällen kommt man nicht ohne operatives Eingreifen aus. Gute Dienste leisten — außer Inhalationen von warmem Wasserdampf — die Brompräparate, besonders in Klystierform. In 18 dieser einfachen — d. h. nicht diphtherischen — Larynxstenosen hat Verf. in den Jahren 1894—1902 operativ ergreifen müssen und zwar hat er 6 mal intubiert — wobei drei Todesfälle —, zwei intubiert und sekundär tracheotomiert — beide geheilt — und 10 mal nur tracheotomiert — davon sechs Todesfälle. Unter diesen 18 Fällen trat die Laryngostenose 13 mal in der Eruptionsperiode der Masern auf.

Wegen diphtherischer Larynxstenose, die sekundär bei masernkranken Kindern auftrat, wurde in den Jahren 1895—1902 auf der Klinik des Verf.s 41 mal operiert. Intubiert wurden 20 Kinder mit dem Resultat einer Heilung bei 14; intubiert und später tracheotomiert wurden fünf; davon starben vier; und tracheotomiert wurden 16, davon starben neun.

F.

Digitized by Google

M. Sugár (Budapest). Über Masernotitis und deren prophylaktische Behandlung.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1903 No. 1.)

Ein großer Prozentsatz von Masernotitis entsteht per tubam, man muß also theoretisch die Möglichkeit einer prophylaktischen Behandlung zugeben. S. Weiss ging nun von der bekannten Erfahrung aus, daß bei erkrankter Nasenschleimhaut die Nasenatmung verlegt ist und das abgesonderte Sekret durch die Tuben gelegentlich des Hustens, Niesens, Schneuzens ins Mittelohr gelangt und dort zur Quelle der Infektion wird. Wenn man daher für starken Abfluß der Sekrete aus der Nase und für Freihaltung derselben zur Luftatmung sorgt, so müßte es wohl gelingen, der Retention von Nasenschleim im Inneren der Nase und Nasenrachenraum vorzubeugen und so zu verhüten, daß der Nasenschleim ins Mittelohr gelange. Hajek wendet seit langem gegen chronische Rhinitis der Kinder $^1/_2$ $^0/_0$ige Lapiseinträufelungen in die Nase an, das Gleiche tat Weiss als Prophylakticum gegen Masernotitis. Er führte bei horizontaler Rückenlage des Kindes in jedes Nasenloch eine mit einigen Tropfen der Lösung befeuchtete Wattewicke ein und drückte die Nasenflügel darüber gegen das Septum wie beim Schneuzen an. Die so behandelten Masernfälle zeigten nur in 6,6 $^0/_0$ der Fälle Otitis media.

Die einfache prophylaktische Maßregel wandte nun S. im St. Ladislaus-Infektionsspital an, nur hielt er es für zweckmäßiger, die Lösung mittels Tropfgläschens bezw. Augentropfers einzuträufeln. Als im Februar und März eine große Masernepidemie herrschte, bekamen unter 111 Masernkindern 18 Ohrenkomplikationen. Als Verf. dann die Lapisbehandlung einführte, wurde die Morbilitätszahl an Ohrkomplikationen auf 7 $^0/_0$ herabgedrückt, indem von 60 Pat. nur vier Otitis bekamen.

Grätzer.

Cnopf. Thrombophlebitis des Sinus longitudinalis bei Morbillen.

(Vereinsbeilage No. 3 zur Deutschen med. Wochenschrift 1903.)

C. berichtete im Ärztl. Verein in Nürnberg (6. XII. 1902) über ein $1^3/_4$jähriges Mädchen, das am siebenten Tage nach Eruption des Exanthems klonische Krämpfe der linken Gesichtshälfte und linken oberen Extremität bekam, die sich schlaff paretisch zeigte. Der linke Arm erwies sich bald bleibend gelähmt, die klonischen Krämpfe dauerten fort. Am vierten Tage nach Eintritt der Lähmung Exitus. Sektionsbefund: Sinus longitud. prall wie mit dunkelblauem Wachs thrombotisch infiltriert, auf der Höhe der Schädelwölbung einen eitrig zerfallenen Thrombus enthaltend. Zwischen Dura und Arachnoidea rechts vielfache Abscesse. Zahlreiche Erweichungsherde rechts, der rechte Seitenventrikel stark erweitert. Stammganglien total zerstört, links gleichfalls zahlreiche, doch weniger intensive Veränderungen. Jedenfalls starker Kontrast zwischen Obduktionsbefund und klinischen Erscheinungen.

Die gewöhnlichen ätiologischen Momente für Thrombose des Sinus bei Kindern (Otitis med. purul. und Caries ossis petrosi, Erysipel,

Digitized by Google

Furunkulose, Endokarditis) waren hier auszuschließen, man konnte nur den exanthematischen Prozeß an sich verantwortlich machen, zumal ja Masernerkrankungen septische Folgeerscheinungen (Noma u. s. w.) nicht fremd sind.

Grätzer.

Jul. A. Grober. Zwei seltenere Masernfälle.

(Aus der medic. Univers.-Klinik in Jena.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 5.)

Im ersten Falle war das Exanthem und das ganze Krankheitsbild so, daß man in der Diagnose zwischen Morbilli haemorrhagici und Sepsis mit multiplen Hautembolien schwanken konnte. Tatsächlich handelte es sich, wie die Autopsie zeigte, nicht um Sepsis, sondern um ganz akute Miliartuberkulose; das Exanthem konnte nur Masern gewesen sein. In den letzten Tagen ante exitum stellte sich noch als Sekundärinfektion Diphtherie ein, sodaß also Kombination dieser drei Leiden vorlag.

Der zweite Fall war ein leichter. Bemerkenswert war, daß ein Initialstadium vollständig fehlte; die gewöhnlichen Prodrome, erster Fieberanstieg, Schnupfen, Kopfweh, Conjunctivitis, Exanthem, blieben völlig aus.

Grätzer.

P. Machold (Sondershausen). Ein seltener Masernfall.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 15.)

In einer Familie erkrankten 3 Kinder während einer Masernepidemie an Masern. Nach 7 Tagen trat bei allen kleienförmige Abschuppung ein, auch bei dem 8jährigen, bisher ganz gesunden Mädchen, zu dem M. nachträglich geholt wurde, weil es plötzlich „blau verfärbt“ sei. Das Kind hatte von dem Beginn der Masern am 18. Januar bis zum 28. Januar im Bette zugebracht, war dann völlig gesund aufgestanden, wurde aber 2 Tage später wieder matt und zeigte abends bereits an den Füßen eine blaue Verfärbung, die sich dann rasch weiter ausbreitete.

M. fand über den ganzen Körper zerstreut, diffus und nicht symmetrisch, nur teilweise sich über das Hautniveau erhebende blaurote Efflorescenzen von Markstückgröße, die beiden Füße aber in toto bis an die Knöchel blau verfärbt. Kinn, Hals, Schleimhäute frei. An den Weichen einige kleinere, fünfpfennigstückgroße hellrote Stellen, wie frische Blutaustritte aussehend. Bronchitis und fühlbare Milz, sonst an den Organen nichts Besonderes, Urin normal, Temperatur rectal 37,5°. In den nächsten Tagen blaßte das Exanthem immer mehr ab, bis am fünften Tage kleienförmige Abschuppung eintrat, „wie das erste Mal“ nach Aussage der Mutter. Das Kind blieb seitdem gesund.

Da das Kind nichts, auch kein Hausmittel bekommen hatte, also ein Arzneiexanthem nicht im Spiele sein konnte, auch jede andere Affektion auszuschließen war, konnte es sich nur um ein Masernrezidiv handeln.

Grätzer.

Plantenga. Die Leukocytose der Masern und Röteln.

(Archives de méd. des enf., März 1903.)

Auf Grund der von Combe bei Masern gemachten Untersuchungen, hat P. weitere Nachforschungen über die Zahl und die

Digitized by Google

verschiedenen Formen der Leukocyten bei Morbilli und Rubeola angestellt. Diesbezüglich wurden zwei Zellgruppen in Betracht gezogen: polynukleäre neutrophile Leukocyten (inklusive die eosinophilen Leukocyten) und Lymphocyten, unter welchen sowohl die wenigen großen einkernigen Leukocyten, als auch diejenigen mit polymorphem Kerne gerechnet wurden. Behufs Fixierung und Färbung wurde die Prussche Lösung (Solut. acidi osmici 0,1 % gr. 10, Solut. acidi chromici 0,1 % gr. 10, Acidi acet. glacial. gr. 1), zur Zählung der Zeißsche Apparat benutzt. Die Resultate dieser Untersuchungen sind folgende.

Man findet während der Inkubationszeit, bei Abwesenheit jedweden krankhaften Symptomes, eine erhebliche Hyperleukocytose, welche in wenigen Tagen ihr Maximum erreicht und durch eine starke Vermehrung der mehrkernigen neutrophilen Leukocyten bewirkt ist. Hingegen erleidet die Zahl der anderen Leukocytenformen und namentlich diejenige der Lymphocyten, fast keine Vermehrung. In den letzten zwei Tagen der Inkubation ist ein beträchtlicher Abfall der Hyperleukocytose zu bemerken, welche dann durch eine bedeutende Hypoleukocytose ersetzt wird. Auch diese kommt hauptsächlich auf Rechnung der neutrophilen polynukleären Leukocyten, deren Zahl nur wenige Hunderte per Kubikmillimeter beträgt. In der letzten Periode der Krankheit gelangt die Zahl der Leukocyten allmählich wieder auf die normale Höhe, ausgenommen jene Fälle, wo Komplikationen sich entwickeln.

Von allen diesbezüglich untersuchten infektiösen oder exanthematischen Krankheiten werden obige Veränderungen der Blutbeschaffenheit, außer bei Masern, nur noch bei Rubeola gefunden. Es würde dies vielleicht auf eine Identität beider Krankheiten hindeuten; möglicherweise ist nur die Virulenz und der Invasionsmodus der Krankheitserreger ein verschiedener. Diese Untersuchungen sind von großer Bedeutung, namentlich wenn es sich darum handelt, die erwähnten zwei Krankheiten von Sklarlatina zu differenzieren, da bei letzterer die Zahl der neutrophilen polynukleären Zellen fast keine Veränderung erleidet.

E. Toff (Braila).

Domenico Colmayer. Klinischer Beitrag zum Studium der Röteln.

(Arch. d. Pat. e Chir. infantile, V. 1902.)

Mitteilung eines Falles und kurze, nichts neues enthaltende Zusammenfassung der die Roseala von den Morbilli unterscheidenden Merkmale.

F.

C. Liebscher. Über Influenzabazillenbefunde bei Masern- und Scharlacherkrankungen.

(Aus Prof. Ganghofners Klinik in Prag.)

(Prager med. Wochenschrift 1903 No. 8 u. 9.)

Untersucht wurden 57 Fälle von 79, d. i. 72 % der in einem Halbjahr (16. XII. 1901 bis 1. VII. 1902) aufgenommenen Masernkinder.

Digitized by Google

Von diesen 57 hatten 11 (= 19,3 %) im Nasensekret Influenzabazillen. Mortalität unter diesen 57 Fällen 24,5 % aller Masernfälle. Gesamtmortalität in dem Halbjahr 30 %. Von den 11 Influenzafällen starben 4 (= 36 %), von den 46 übrigen Fällen 10 (= 22 %). Unter den 11 Fällen konnte 4mal Pneumonie nachgewiesen werden (= 36 %), auf die 46 negativen Fälle kamen 9 Pneumonien (19,5 %). Von den 4 Pneumoniefällen starben 3, bei deren Sektion auch im Lungensekrete der Influenzabazillus gefunden wurde. 2 Fälle verliefen ohne jegliche Affektion der Respirationsorgane, ja ihr Verlauf war ein recht milder. 2mal war ganz geringe, 2mal etwas stärkere Bronchitis vorhanden. Erwähnenswert ist ein Fall, wo das Kind wohl Zeichen großer Herzschwäche, aber keinerlei Lungenerscheinungen darbot; im Nasensekrete reichlich Influenzabazillen. Letztere fanden sich nun bei der Sektion auch im Lungensafte, ohne daß die Lungen pathologische Erscheinungen dargeboten hätten.

In der gleichen Zeitperiode wurden 60 Skarlatinafälle untersucht, aber nur 3mal (5 %) Influenzabazillen nachgewiesen. Von diesen 3 Fällen unterschieden sich 2 in nichts von dem gewöhnlichen Verlaufe des Scharlachs, ja einer war sogar besonders mild. Im dritten Falle handelte es sich um ein 13monatliches Kind, das am fünften Tage seiner Erkrankung in halbmoribundem Zustande mit den Zeichen schwerer Pneumonie eingebracht wurde und Tags darauf starb; im Nasensekret, sowie nachträglich bei der Sektion im Pneumoniesafte reichlich Influenzabazillen.

Auch an anderen im Spital liegenden Kindern wurden diesbezügliche Untersuchungen vorgenommen und es wurden von 30 Kindern bei drei Influenzabazillen im Nasensekret entdeckt; zwei davon hatten mehrere Monate vorher Masern durchgemacht. Es wurde auch eine Anzahl von Kindern mit Rubeolen, Varicellen, Pertussis untersucht, stets mit negativem Ergebnis.

Irgendwelche Schlüsse gestatten nur die Masernfälle, bei denen ziemlich oft Influenzabazillen angetroffen wurden. Die scheinbar höhere Mortalitätsziffer bei letzteren Fällen, sowie das häufigere Vorkommen von Pneumonie scheinen hier zu der Annahme zu berechtigen, daß das Vorkommen des Bacillus influenzae das Krankheitsbild verändern und den Verlauf erheblich beeinflussen kann. Aber es sind ja nur erst kleine Zahlen, mit den L. rechnet, auch wurden von 79 Masernfällen nur 57 untersucht, sodaß eine unbedingte Verwertung der Beobachtungen nicht gerechtfertigt erscheint. Wohl aber verdienen einige Punkte Beachtung: So unterschieden sich 4 von den Influenzafällen durchaus nicht von dem gewöhnlichen, nicht komplizierten Verlaufe der Morbillen, so daß hier das Vorhandensein der Bazillen nur als zufälliger Nebenbefund zur Geltung kam. Umgekehrt verliefen manche Masernfälle mit schweren Erscheinungen von Seiten des Respirationstraktus und gingen vielfach letal aus, ohne daß der Befund von Influenza zu erheben war. Jene 4 Fälle deuten also wohl darauf hin, daß der Influenzabazillus, ohne katarrhalische Erscheinungen hervorzurufen, wie ein Saprophyt vegetieren kann. Jedenfalls scheinen derartige Befunde keine gar so schwerwiegende Bedeutung zu haben, ferner können doch die so gefürchteten

Digitized by Google

Masernpneumonien vorwiegend durch andere Bakterien hervorgerufen werden. Wenn Süßwein jene Influenzafälle streng isoliert wissen will, so hält es L. für rationeller, diese Maßregel auf alle schweren Lungenkomplikationen mit Masern auszudehnen, wenn dies die Verhältnisse gestatten. Grätzer.

Félix v. Szontagh. Die Mischinfektionen.

(Orvosi hetilap, Gyermekgyógyászat 1903 III. 1.)

I. Masern und Tuberkulose treten sehr oft in innigen Konnex miteinander. Meistens kommt die schlummernde Tuberkulose durch das Maserngift zum Auflodern, in anderen Fällen wird das Individuum zugleich durch Masern und Tuberkulose infiziert, oder es wird durch die Morbillen das Terrain für die Tuberkulose quasi geebnet. II. Masern mit Diphtherie bilden eine überaus gefürchtete Mischinfektion, deren Prognose trotz Serumtherapie eine recht dubiöse ist. Verfasser schließt sich ganz den Ansichten Linsbauers an, außer denen, die die Intubation betreffen; Szontagh intubiert die morbillösen Croupfälle ebenso, wie die, die nicht mit Masern kombiniert sind. III. Masern mit Skarlatina tritt oft vereint auf; entweder beobachten wir beide Exantheme zu gleicher Zeit, oder sie zeigen sich nacheinander. Die Prognose betreffend glaubt Verfasser, daß dieselbe günstiger ist, wenn die Morbillen früher als die Skarlatina auftreten. IV. Rubeolen mit Masern. V. Masern mit Varicellen. VI. Vaccine mit Masern sind seltenere Kombinationen. VII. Ofters beobachtet man das Auftreten von Morbillen und Pertussis, in welchem Falle die Prognose eine schlechtere ist, wenn sich zur Pertussis die Masern gesellen. VIII. Verfasser beobachtete einen Fall von Masern und Osteomyelitis. IX. Heubner teilt einen Fall mit, bei dem er Erythema exsudativum multiforme mit Morbillen vereint auftreten sah. X. Leo und Häubler beschrieben Morbillen mit Pemphigus acutus kombiniert. XI. Skarlatina kombiniert mit Pertussis, Osteomyelitis, Erysipelas, Typhus abdominalis, Influenza, Rubeola, Malaria wurden wiederholt beschrieben. XII. Die Kombination von Diphtherie mit Scharlach, besonders wenn letztere später auftritt, ist ein signum malae ominis. Ernö Deutsch (Budapest).

E. A. Dent. Konkurrierendes Scharlach- und Masernexanthem.

(The Brit. med. Journ., 15. November 1902.)

Von sieben Geschwistern erkrankt am 8. Februar ein zehnjähriges Mädchen an Scharlach, wird ins Hospital gebracht, wo sie bis zu ihrer völligen Wiederherstellung verbleibt. Daheim sind Räume und Kleider einer energischen Desinfektion unterworfen worden. Etwa 14 Tage, nachdem die Patientin ihrer Familie zurückgegeben war, bekommt am 1. April ein Kind einen Scharlachausschlag, der am 4. verschwunden war, um am 6. einen typischen, von den bekannten

Digitized by Google

katarrhalischen Erscheinungen, Rhinitis, Conjunktivitis u. s. w. begleiteten Masernexanthem Platz zu machen. Um dieselbe Zeit erkrankt ein drittes Kind derselben Familie mit einem Ausschlage, den man weder für typischen Scharlach noch für typische Masern ansehen konnte. Nach 5 Tagen begann dieses Kind sich zu schälen. Wenige Tage darauf erkrankten noch drei Kinder an einem masernähnlichen, durchaus atypischen Ausschlage, der ohne nachfolgende Desquamation verschwand.

Man kann hier von einer Mischinfektion sprechen, durch welche das charakteristische Bild des Scharlachs wie der Masern eine Alteration erfahren hat.

C. Berliner (Aachen).

Paul Moser. Über die Behandlung des Scharlachs mit einem Scharlachstreptokokkenserum.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde Bd. 57 Heft 1).

Seit dem Jahre 1897 war es M. gelungen, aus dem Herzblute von Scharlachleichen in 99 Fällen 63mal Streptokokken zu züchten, 2mal in vivo aus der wasserklaren Cerebrospinalflüssigkeit. Ein Fall, bei dem sich aus der klaren Punktionsflüssigkeit reichlich Streptokokken züchten ließen, bei dem sich aber nach dem Tode das Herzblut als steril erwies, lehrt, daß der negative Befund im Herzblut allein nicht beweisend ist für das Fehlen von Streptokokken im Blut. Diese Untersuchungen ließen einen ätiologischen Zusammenhang der Streptokokken mit der Skarlatina als wahrscheinlich annehmen. M. ging nun daran, Pferde mit den Kokken systematisch zu immunisieren. Die Tiere wurden mit einem Gemische von nicht abgetöteten, aus Skarlatinablut stammenden Streptokokkenkulturen behandelt. Diese Kulturen wurden ohne Tierpassage nur von Bouillon zu Bouillon weiter gezüchtet, um die Mikroorganismen nicht irgendwie zu verändern. Ein im Paltaufschen Institute zur Verfügung gestelltes Pferd wurde seit dem 13. Februar 1900 in steigenden Dosen mit solchen Kulturen injiziert. Die Kulturen, oft bis zehn verschiedene Stämme, waren 3—6 Tage alt und wurden wöchentlich anfangs intravenös, später subkutan in wechselnder Menge von 2 bis zu 200 ccm steigend dem Pferde einverleibt. Die hierauf eintretende Reaktion war meist mäßig, kurz dauernd; bis zu 3 Tagen anhaltende Temperatursteigerungen, einmal bis 39,7, nur seltene leichte Eiterungen aus dem Stichkanal und eine einmalige Absceßbildung waren die unangenehmen Zufälle für das Tier bei diesem Injektionsverfahren. Ein weiteres Pferd wurde seit Januar 1902 in gleicher Weise injiziert. Das Blut von diesen zwei Pferden wurde nach monatelanger Behandlung entnommen und das Serum davon ohne Karbolzusatz Scharlachkranken injiziert. Zur Injektion wurde eine 100 ccm fassende Asbeststempelspritze verwendet und das Serum subkutan der Bauchhaut einverleibt. Auf diese Weise wurden 81 Pat. im Spital behandelt.

Digitized by Google

Bei der Behandlung war vor allem die Schwere der Erkrankung maßgebend. Von leichten und mittelschweren Fällen wurden 5 bezw. 16 injiziert, von schweren Fällen mit zweifelhafter und solchen mit letaler Prognose 29 bezw. 34. Bezüglich der Prognose wurden die Fälle in leichte, mittelschwere, schwere und letale Fälle geordnet; dabei wurde auf eine bestimmte Zahl von Punkten Rücksicht genommen, wie Alter, Familiendisposition, Temperatur, Puls u. s. w. Die Injektion wurde möglichst frühzeitig gemacht, die einmalige Dosis schwankte zwischen 30 und 180 ccm. Bevorzugt wurden schwere und letal verlaufende Formen.

Die Durchschnittsmortalität an Scharlach betrug im St. Anna-Kinderspitale in den Jahren 1895—1900 zwischen 12,45 und 20,12; im Jahre 1901 fiel sie auf 8,99. Zu gleicher Zeit betrug die Durchschnittsmortalität für 1901 in den fünf anderen Spitälern Wiens 13,09.

Der Erfolg der Injektion macht sich vor allem in einer günstigen Beeinflussung des Allgemeinbefindens geltend; die Hinfälligkeit schwindet sehr rasch. Augenfällig ist die Besserung in den nervösen Erscheinungen: Somnolenz, Delirien, Unruhe u. s. w. verlieren sich sehr rasch. Am auffälligsten aber ist in Fällen, die nicht durch schwere Rachenaffektion kompliziert sind, das Verhalten der Temperatur, die in den ersten 24 Stunden nach der Injektion einen kritischen Abfall zur Norm zeigt; die Pulszahl sinkt manchmal um 40 und mehr Schläge; eventuelle Symptome von Herzschwäche schwinden; die Störungen der Respiration gehen zurück. Von den starken Schwellungen des Nasenrachenraumes und der Coryza sind die Pat. früher als sonst befreit; die schweren ausgedehnten Zerstörungen im Rachen wurden nach rechtzeitiger Injektion nicht mehr beobachtet. So kommt es im ganzen zu einer abgekürzten Krankheitsdauer der Skarlatina.

Daß das Serum ein spezifisches ist, geht daraus hervor, daß weder normales Pferdeblutserum noch auch das Serum von Marmorek ähnlichen Einfluß auf die Krankheit zeigten.

Die Nachteile des Serums sind die gleichen wie beim Diphtherieserum: auch hier kommt es zuweilen zu Serumexanthemen, vorübergehenden leichten Drüsenschwellungen, Gelenksaffektionen.

Das ganze Material an Krankengeschichten und Tabellen ist der Arbeit beigegeben. Hecker (München).

D. Pospischill. Mosers Scharlachstreptokokkenserum.

(Aus dem k. k. Kaiser Franz Joseph-Regierungs-Jubiläums-Kinderspital in Wien.)

(Wien. klin. Wochenschr. 1903 No. 15.)

P. wandte das Serum in 26 Fällen an und gibt von denselben genaue Krankheitsgeschichten. Es waren mit einer Ausnahme alles Fälle von sehr dubiöser bezw. direkt trister Prognose. Erstere boten

Digitized by Google

12 Kinder, von denen neun geheilt wurden, letztere 13, von denen doch noch fünf geheilt wurden. So hat also P. die besten Erfahrungen mit dieser Behandlung gemacht. Temperaturabfall, Abnahme der Puls- und Respirationfrequenz, Voller- und Härterwerden des Pulses, Freiwerden des Sensoriums, ruhiger Schlaf, Warmwerden der Peripherien, Schwinden der Cyanose, vermehrte Nahrungsaufnahme waren die unmittelbaren Folgen der Injektion. Grätzer.

P. Moser. Über Antistreptokokkenserum bei Scharlach.

A. Baginsky. Bemerkungen zu dem vorstehenden Artikel P. Mosers.

H. Aronson. Bemerkungen zu dem Artikel des Herrn Dr. P. Moser.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 1.)

Polemische Artikel, deren erster gegen Baginsky und Aronson gerichtet ist, worauf diese antworten. Grätzer.

A. Baginsky. Antistreptokokkenserum bei Scharlach.

(Berliner med. Gesellschaft, 5. XI. 1902.)

B. hat in 695 Fällen von Scharlach stets Streptokokken gefunden und ebenso auch bei Sektionen von Scharlachleichen in den Organen, wodurch er zur Überzeugung gelangt ist, daß die Streptokokken bei Skarlatina einen bedeutungsvollen Faktor ausmachen und eine Behandlung mit Antistreptokokkenserum des Versuches wert sei. Er benutzte ein von Aronson hergestelltes Serum und erzielte bemerkenswerte Resultate, namentlich mit einem hochwertigen Serum, die Temperatur fiel eher ab und der Abfall erhielt sich gleichmäßig sinkend bis zur Norm. Komplikationen traten selten auf, die Mortalität war eine geringe. Er zweifelt nicht an der Wirksamkeit des Serums, wenngleich dasselbe nicht so prompten Effekt offenbart, wie das Diphtherieserum. Grätzer.

Louis Fischer. Clinical Results with Antistreptococcus Serum in Scarlet Fever.

(Medical Record, den 7. März 1903.)

In zwei Fällen von schwerem Scharlach wurde Aronsons Heilserum versuchsweise angewandt. Der klinische Erfolg war ein frappanter. Das Fieber ging lytisch herunter, die nekrotischen Membranen schmolzen förmlich hinweg, die Drüsenschwellungen schwanden,

Digitized by Google

und alles ohne nachteilige Nebenwirkungen. Verf. schließt sich vollständig den Ansichten Baginskys über das neue Serum an und empfiehlt zuversichtlich weitere Versuche mit demselben.

Leo Jacobi (New York).

Rumpel. Die Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum.

(Ärztl. Verein in Hamburg, 26. XII. 1902.)

Bei der zur Zeit herrschenden schweren Scharlachepidemie wurden ausschließlich sehr schwere Fälle, und zwar 39, mit Rekonvaleszentenserum behandelt; es starben 23 (= 59 %). Das Blut zur Serumbereitung wurde erwachsenen Rekonvaleszenten (Mädchen von 17 bis 25 Jahren) nach mittelschwerem Scharlach entnommen (am 25. und 35. Scharlachtage), wobei streng darauf gesehen wurde, daß es keine Streptokokken enthielt. Die Injektion des Serums hatte keinen Einfluß auf Fieber, Zahl der Krankheitstage, Auftreten von Komplikationen; recht früh angewandt schien es allerdings in gewissen Fällen den Verlauf der Krankheit zu beeinflussen. R. resumiert:

1. Gegen die durch den Streptococcus bedingten und andere Nachkrankheiten war das Serum ohne Einfluß.

2. Bei den unkomplizierten Fällen des 1.—3. Krankheitstages scheint es von günstiger Wirkung zu sein; doch ist ein zwingender Beweis hinsichtlich der Temperaturherabsetzung und Abkürzung des Scharlachprozesses nicht zu erbringen.

Grätzer.

Schoull (Tunis). Die Phototherapie des Scharlachs.

(Société de Thérap., Sitzung vom 26. XII. 1902.)

Mehrere Fälle, bei denen die Einwirkung der chemischen Strahlen des Sonnenspektrums die Abschuppung verhinderte; die Kinder wurden gleich nach der Eruption auf einige Tage ins rote Zimmer gebracht, es trat dann keine Abschuppung ein und wurde so die Ansteckungsgefahr wesentlich verkürzt.

Grätzer.

E. W. Saunders. Pilocarpine in the treatment of Scarlet fever.

(Archives of Pediatrics, Februar 1903.)

Pilokarpin ist kein indifferentes Mittel und in zahlreichen Zuständen ist seine Anwendung zu perhorreszieren. Allein als Waffe im Kampfe mit dem Scharlach besitzen wir einstweilen kein besseres Medikament. Pilokarpin regt die Schleim- und Speichelabsonderung energisch an, wodurch die spezifischen Toxine direkt angegriffen und eliminiert oder unschädlich gemacht werden. Man fange vorsichtig mit kleinen Dosen an. Im Notfall läßt sich eine

Digitized by Google

übergroße Dosis durch eine Atropininjektion leicht neutralisieren, denn Atropin ist das physiologische Gegengift.

Neben dem Pilokarpin sind natürlich viele andere Mittel anwendbar, namentlich die Serumtherapie, sowie Nukleindarreichung, Bäder u. s. w.

Kontraindiziert ist Pilokarpin bei Gegenwart von Herzdegeneration oder Komplikationen seitens der Lunge. Leo Jacobi (New York).

Everard. Fünfmal Scharlachfieber.

(The Brit. med. Journ., 25. Oktober 1902.)

Ein kleines Mädchen, daß sich zu Besuch bei einer Tante aufhielt, bekam Scharlach und wurde sofort isoliert. Vier Tage später erkrankte die Tante und deren zehnjährige Tochter an Scharlach, und zwar die Tante zum fünften, die Tochter zum zweiten Male. Die erste Scharlachattacke, welche die Tante im Alter von $2^1/_2$ Jahren durchmachte, soll mit Schafpocken und Masern zusammen aufgetreten sein. C. Berliner (Aachen).

Bertelsmann. Spontanluxation des linken Hüftgelenks im Verlaufe eines Scharlachs.

(Biolog. Abteilung des ärztl. Vereins Hamburg, 11. XI. 1902.)

8jähriges Mädchen mit schwerem Scharlach und Streptokokken-Allgemeininfektion, die mit mehrfachen Gelenkschwellungen einherging. Als das linke Hüftgelenk eine sonderbare Form annahm, untersuchte man es genauer und fand (auf dem Röntgenbilde) die Luxation. Ein Trauma war nicht vorausgegangen, grob-anatomische Veränderungen an den Knochen waren absolut nicht zu entdecken. Was der Luxation zu Grunde lag, bleibt dunkel, B. vermutet folgendes: Man sieht häufig bei solchen pygenen Gelenksaffektionen, daß das Bein der betroffenen Seite sich sofort in Kontrakturstellung begibt, und zwar in Adduktion, Flexion und Innenrotation. Der Kopf drängt also gegen die hinteren Kapselpartien. Nimmt man hinzu die Erweiterung der Kapsel durch den Erguß, ferner den Umstand, daß das Ligament. teres manchmal zerstört, manchmal stark gedehnt ist, so hat man prädisponierende Momente. Liegt nun das kranke Bein nicht auf dem anderen, so wird es nach dem Gesetz der Schwere die Bettunterlage zu erreichen suchen, wobei gewöhnlich eine Neigung des Beckens nach vorn eintritt. Zur Herstellung dieser Lordose gehört aber eine Muskelaktion, welche die schwachen Patienten vielleicht nicht mehr fertigbringen. Die Bewegung geschieht dann nicht in der Lendenwirbelsäule, sondern zwischen Femur und Becken, indem der Kopf nach hinten aus der Pfanne herausgleitet.

Grätzer.


Digitized by Google

Karl Leiner. Über Wundscharlach bei Verbrennungen.
(Aus dem Karolinen-Kinderspital in Wien.)
(Jahrbuch f. Kinderheilkunde, Bd. 56 Heft 6.)

Verf. sucht die Existenz des immer noch vielfach bestrittenen echten Wundscharlachs durch 3 Fälle von Scharlach nach Verbrennungen zu beweisen. Daß es sich um echten Scharlach handelte, konnte, abgesehen von dem typischen Exanthem durch das charakteristische Verhalten der Zunge, die typische, auch die Hände und Füße ergreifende lamellöse Schuppung, in je einem Fall durch die Stomatitis, die Angina mit Belag und die Übertragung der Erkrankung auf die Mutter erhärtet werden. Die differentielle Diagnose zwischen echtem Wundscharlach und Scharlach bei Verwundeten ist schwer. Für ersteren sprach der durchgehends milde Verlauf, die geringe Beteiligung der Rachenschleimhaut, der Beginn und die stärkste Intensität des Exanthems rings um die Verbrennung, das vollständige Wohlbefinden vor der Verletzung (kein Prodromalsymptom bis zur Verletzung).

L. meint, daß zwischen Verbrennung und Scharlachinfektion tatsächlich ein Zusammenhang bestehe, sei es, daß die Verbrennung eine direkte Eingangspforte für das Scharlachgift bildet, sei es, daß dieselbe die Disposition zur Scharlachinfektion erhöht.

Hecker (München).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. Dezember 1902.

Treitel: **Über die Ergebnisse der Untersuchungen in der Taubstummenanstalt in Weißensee und über den Wert der Hörübungen.** Die Zöglinge der Anstalt sind israelitischer Abkunft, wodurch sich die Untersuchungsergebnisse erklären lassen. Unter 43 Zöglingen hatten 75% angeborene Taubheit (unter den Juden ist die angeborene Form die häufigere), und auch die Zahl der idiotischen Taubstummen war eine auffallend hohe (Häufigkeit der Verwandtenehen bei Juden!). Unter 86 untersuchten Gehörorganen waren 44 als total taub zu bezeichnen, 45% hatten Vokalgehör. Durch Hörprüfung findet man noch Kinder heraus, welche die ganze Tonreihe haben, so daß man sie noch zum Unterricht verwenden kann. Über den Nutzen der Hörübungen sind die Ansichten noch verschieden. T. glaubt, daß die meisten Kinder nicht hören, sondern nur kombinieren lernen, ferner, daß, wenn sie auch gewisse Töne wahrnehmen, sie doch zu wenig intensiv hören, als daß ein praktischer Nutzen resultierte. Immerhin läßt sich bei Kindern mit noch einigermaßen vorhandener Hörfähigkeit und Intelligenz durch Hörübungen wohl noch manches erreichen. Schlechter stehen die Aussichten bei bloßem Vokalgehör. Ob man bei ganz Tauben noch Versuche machen soll oder ob dadurch eher die Aufmerksamkeit vom Ablesen abgelenkt wird, bleibt zu berücksichtigen. Man sollte mindestens verschiedene Klassen einrichten, in denen die ganz Tauben von den anderen gesondert unterrichtet werden, wie es im Auslande schon zum Teil geschieht.

Sitzung vom 21. Januar 1903.

H. Röder: **Die Darstellung des Säuglingsstuhles in Moulagenform als Lehrmittel in der Pädiatrie.** R. demonstriert verschiedene der von ihm im Kaiser und Kaiserin

Digitized by Google

Friedrich-Kinderkrankenhause von Säuglingsstühlen hergestellte Moulagen, welche sehr deutlich Säuglingsstühle bei verschiedener Ernährungsform, sowie bei diversen Verdauungsstörungen vor Augen führen. — A. Baginsky hebt die Bedeutung der schönen Moulagen für den Unterricht von Studenten, Ärzten, Kranken- und Kinderpflegerinnen hervor. Auch ist man so auf den ersten Blick imstande, aus den Faeces wichtige diagnostische Rückschlüsse auf pathologische Darmprozesse zu machen und auch zu therapeutischen Indikationen am Krankenbette zu gelangen.

Sitzung vom 28. Januar 1903.

Senator: **Demonstration von Blutpräparaten.** Dieselben stammen von einem 10 Monate alten Mädchen, das rachitische Knochenveränderungen, eine mäßige Milzschwellung, wie sie sich bei Rachitis häufig findet, und vor allem auffällige Anämie darbot, sonst aber keinerlei pathologische Zeichen entdecken ließ. Blutbefund: Abnahme der roten Blutkörperchen und dementsprechend des Hämoglobingehaltes. Neben normalgroßen auch Makrocyten, Mikrocyten; Poikilocytose. Kernhaltige rote Blutkörperchen: Normoblasten, Megaloblasten, Gigantoblasten. In vielen roten Blutkörperchen Mitosen. Verhältnis der weißen Blutkörperchen zu den roten etwa 1:400, i. sp. einkernige Blutkörperchen 73½%, darunter große Lymphocyten 24,2%, kleine 38,8%, uninukleäre Leukocyten 1,6%, Übergangsformen 8,2%, Myelocyten 0,7%; multinukleäre, neutrophile nur 21,5%, eosinophile 4,95%, zusammen multinukleäre 26,5%. Das Überwiegen von Lymphocyten ist ja bei kleinen Kindern nichts Besonderes, hier aber war es doch ein ganz enormes zu nennen. Es fanden sich außerdem Mitosen in den Leukocyten, ein äußerst seltener Befund. Das Kind starb bald darauf; Sektion nicht gestattet. Was die Diagnose anbelangt, so sprachen gegen Leukämie, Pseudoleukämie und Anaemia infantum pseudoleucaemcia gewichtige Gründe; es konnte sich nur um Anaemia perniciosa handeln, wofür auch das Vorkommen der Megaloblasten und das Überwiegen der Lymphocyten sprach. — Heubner macht darauf aufmerksam, daß das Verhältnis der Lymphocyten sich beim gesunden Säugling auf 66% und darüber belaufen kann und bis zum dritten Lebensjahre noch über 50% beträgt. Erst vom dritten oder vierten Lebensjahre an fängt das Verhältnis an, zu Gunsten der polyeukleären Zellen sich zu ändern, und allmählich in den nächsten Jahren wandelt es sich zu dem bei Erwachsenen üblichen um. Demgegenüber entgegnet Senator, daß ein Verhältnis von 73,5% bei Kindern im ersten Lebensjahre jedenfalls als auffallend hoch und abnorm anzusehen ist.

Sitzung vom 18. Februar 1903.

Helbing: **Ein Fall von symmetrischer Verbildung des Daumens.** Es handelte sich bei dem dreijährigen, sonst wohlgebildeten Mädchen um die äußerst seltene Kombination von Hyperphalangie des Daumens mit seitlicher Abbiegung der Nagelphalanx. Die seitliche Deviation des Nagelgliedes mit ulnarwärts offenem Winkel, die links 90°, rechts 130° betrug, war, wie die Röntgenaufnahme zeigte, hervorgerufen durch Einfügung einer keilförmigen mittleren Phalanx und bewirkte hochgradige Entstellung, so daß operativ vorgegangen wurde. Links, wo die Deformität hochgradiger war, exstirpierte H. einfach die Phalanx und vereinigte die beiden ursprünglich vollkommen inkongruenten Gelenkflächen miteinander, so daß also die distale Gelenkfläche der ersten Phalanx mit der proximalen der Nagelphalanx zusammentraf. Am anderen Daumen resezierte H. ohne Gelenköffnung einen Keil, derart, daß das distale Ende der ersten Phalanx und das proximale Ende der Keilphalanx in Wegfall kam. Sehr schönes Resultat, auch funktionell. Von solcher Mißbildung existiert nur noch ein Fall, den vor 3 Jahren Joachimsthal vorstellte. Auch hier war zwischen erstem und drittem Glied ein Keil eingeschaltet, aber es resultierte nur eine so geringe seitliche Deviation der Nagelphalanx, daß von der Operation Abstand genommen wurde.

Martens zeigt ein 12jähriges Mädchen mit einer **eigenartigen Handgeschwulst**, die bei dem bis dahin durchaus gesunden Kinde sich vor 6 Wochen zuerst in der Weise bemerkbar zu machen begann, daß im Handteller eine kleine rote Stelle mit einigen gelben Pickeln entstand. Es entwickelte sich sodann unter der Haut ein Tumor, der vor etwa 2 Wochen die Haut aufhob, dann durch-

Digitized by Google

brach und sehr rasch wuchs. Epidermis wallartig an den Rändern erhoben, Umgebung etwas entzündet; Tumor selbst blumenkohl- oder maulbeerartig, kleinwalnußgroß, mit kaum bleifederdickem Stiel, von Epidermis nicht bedeckt, sezerniert stark und hat mehrfach stark geblutet. Er erinnert lebhaft an die französischerseits einige Male beobachtete „Botryomykose", eine durch den sogen. Mikrococcus botryogenes hervorgerufene, aus Binde- und Granulationsgewebe bestehende Geschwulst, die im allgemeinen nur bei Pferden, ausnahmsweise aber auch bei Menschen vorkommt. Die nachträgliche Exzision ergab, daß hiervon nicht die Rede war sondern daß der Tumor ein Angiosarkom der Haut war, dessen oberflächliche Partien nekrotisch waren und massenhaft Staphylokokken enthielten.

Verein für innere Medizin in Berlin.

Sitzung vom 15. Dezember 1902.

H. Neumann stellt einen 4jährigen Knaben mit **intrathoracischem Tumor** vor, der seit etwa 7 Monaten hervortritt bei dem schlecht entwickelten Kinde, bei dem sich zunächst ein wechselnd lautes stertoröses Atmen bemerkbar macht. Brustkorb wird wenig gehoben, die linke Seite steht bei der Einatmung fast still. Die oberflächlichen, seitlich vom Manubrium in die Tiefe gehenden Venen vom Oberarm an deutlich erweitert. Oberer Teil des Rumpfes nach rechts skoliotisch. Perkussion der Brust ergibt einen Widerstand und absolute Dämpfung von der Spitze der linken Lunge an, nach unten hin links innen sich in die scheinbare Herzdämpfung fortsetzend, mehr außen ihre untere Grenze auf der vierten Rippe erreichend. Nach außen wird die Dämpfung durch die Achsellinie, nach innen etwa auf der Mitte des Manubrium, weiter unten durch den linken Sternalrand begrenzt. Herzstoß im fünften und sechsten Interkostalraum außerhalb der Mamillarlinie. Auch in der linken oberen Schulterblattgrube Dämpfung. Im Bereiche der Dämpfung oben zeitweise lautes bronchiales Atmen, zeitweise abgeschwächtes Atmen; Pektoralfremitus deutlich. Im Gebiet des Lungenschalls links meist tympanitischer Beiklang. Am Halse zahlreiche große Drüsen. Interskapular lautes bronchiales Atmen, nach rechts oben fortgeleitet; interskapular rechts etwas Dämpfung. Leber vergrößert. Seit Monaten hektisches Fieber, abwechselnd mit stärkerem, unregelmäßigem Fieber, das abends bis auf 40° steigt, Kehlkopf normal; hohler Husten, im Auswurf keine Tuberkelbazillen. Schwester der Mutter an Tuberkulose verstorben. N. glaubt, daß es sich um ein großes Paket verkäster Drüsen handelt, die vom Mediastinum ausgehen und einen soliden Tumor im vorderen oberen Teil des linken Brustkastens bilden. Derselbe war anfangs wesentlich unter dem Manubrium, in der linken oberen Schlüsselbeingrube und in den oberen zwei Zwischenräumen nachzuweisen und nach außen durch eine die Mitte der Clavicula schneidende Senkrechte begrenzt, allmählich rückte er um einen Intercostalraum tiefer, so daß er nunmehr links außen bis zur vierten Rippe reicht. Er hat das Herz wesentlich beeinflußt, das nach dem Untersuchungsbefunde nach unten gedrückt und quer gelagert sein mußte. Röntgenaufnahmen bestätigen dies; die obere Herzgrenze (von vorn gedacht) befindet sich anstatt im zweiten Interkostalraum im vierten.

Sitzung vom 2. März 1903.

B. Bendix stellt einen 13 Monate alten Knaben vor, um einen Beitrag **zur Ätiologie der Urticaria im frühen Kindesalter** zu liefern. Das sonst gesunde Kind, dessen Darmtätigkeit ebenfalls normal ist, besitzt eine Idiosynkrasie gegen Eier, die sich regelmäßig nach außen in Form einer typischen Urticaria geltend macht. Ob er Ei roh oder gekocht, nur oder in Milch, Bouillon u. s. w. erhält, ist gleich; selbst kleinste Mengen haben den gleichen Effekt seit dem vierten Lebensmonat des Kindes, wo die Mutter denselben zum erstenmal wahrnahm. Auch experimentell hat B. die Anomalie schon zweimal zum Vorschein gebracht: Das eine Mal verstrichen 5, das andere Mal 7 Minuten bis zum Ausbruch der Eruption, die nach ca. 20 Minuten wieder verschwand. B. wiederholt jetzt den Versuch, indem er ein Ganzei in 1/4 Liter eingequirlt hat, wovon das Kind wenige

Digitized by Google

Schluck erhält. Nach 8 Minuten tritt der Ausschlag deutlich hervor: das ganze Gesicht erscheint mit Urticariaquaddeln wie besät, wobei besonders das rechte Augenlid geschwollen, die Augenschleimhaut injiziert ist. Starker Juckreiz. Das Kind hat offenbar nur eine besondere Empfindlichkeit dem Eiereiweiß gegenüber (falls überhaupt das Eiweiß der schuldige Faktor ist), da es auf Milch- oder Fleischeiweiß nicht abnorm reagiert. Vielleicht bietet der Fall für jene chronischen, sich Monate hinziehenden Fälle von Urticaria einen therapeutischen Hinweis dafür, daß wir hier versuchsweise Eiernahrung für einige Zeit absolut ausschließen. — Albu hat vor mehreren Jahren einen ähnlichen Fall gesehen, nur daß hier ein Erythema exsudatium bullosum nach Eigenuß entstand. Jedesmal nach solchem bekam das sonst gesunde Kind sehr bald eine massenhafte Eruption von hellen Blasen verschiedenster Größe über den ganzen Körper und fühlte sich krank. Nach Stunden, oder auch Tagen erst trockneten die Bläschen allmählich ein. So geschah es ungezählte Male vom ersten bis zum fünften Lebensjahre. Da das Kind sehr hartnäckig obstipiert war, behandelte A. diese Obstipation energisch, worauf geringe Besserung eintrat, aber nicht Heilung. Die Ätiologie solcher Fälle ist noch ganz rätselhaft.

Ärztlicher Verein in Nürnberg.

Sitzung vom 4. Dezember 1902.

F. Giulini demonstriert eine **Mißbildung beider Augen**, offenbar durch amniotische Verwachsungen entstanden. An den oberen Augenlidern des 18 Tage alten Kindes findet sich je ein $^1/_2$ cm bezw. 1 cm langes, federkieldickes, zapfenförmiges Hautgebilde, etwa der Mitte des Lidrandes aufsitzend. Lider ektropioniert, die evertierte Bindehaut verdickt, mit kleinen warzenförmigen Gebilden besetzt. Lidspalten enge, werden von selbst nicht geöffnet. Bulbi von Bindehaut überkleidet, links so vollständig, daß der Bulbus zu fehlen scheint; rechts liegt ein schmaler Streif der getrübten Hornhaut frei.

Kronacher: **Über frühzeitige Gaumennaht.** K., der die Erfolge der frühzeitigen Gaumennaht bei J. Wolff, der stets zweizeitig, bei ganz kleinen Kindern dreizeitig operierte, gesehen hat, ist entschiedener Befürworter der frühen Operation, die nicht nur nicht gefährlich, sondern sogar lebensrettend ist, da gerade junge Kinder mit angeborener Gaumenspalte sehr oft infolge von Schluckpneumonie, Bronchitis, Ohraffektionen u. s. w. zu Grunde gehen. Auch die funktionellen Resultate sind bei den früh Operierten sehr gut, und lernen dieselben ohne besonderen Unterricht normal sprechen. K. hat selbst in letzter Zeit 4 Kinder mit bestem Erfolg operiert.

C. Koch demonstriert eine **Dermoidcyste des Schädels**, durch Operation bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde gewonnen. Der nußgroße Tumor saß genau über der großen Fontanelle, unter der Galea aponeurotica, dem Periost ziemlich fest auf. Sie ließ sich aber gut ausschälen.

Sitzung vom 18. Dezember 1902.

Krämer und Kronacher zeigen die **schwere Mißbildung des linken Armes** bei dem betreffenden Knaben bezw. an Röntgenbildern. Der Vorderarm rudimentär entwickelt, Hand und Finger fehlen völlig. Totaler Defekt des Radius, partieller der Ulna, an der Proc. coronoid. und Olecranon fehlen. Der Unterarmknochen, spitzwinklig zum Oberarm stehend, liegt in einer geringen, der Fossa coronoidea entsprechenden Vertiefung des ebenfalls sehr atrophischen Oberarmknochens. An den Vorderarmknochen schließen sich zwei Metakarpalknochen, sowie die Phalangen eines Fingers an.

Sitzung vom 8. und 22. Januar 1903.

C. Port sah bei einem neugeborenen Mädchen ein **präsacrales Cystenfibrom**, das in Form eines 8 cm langen, etwa zwei Daumen an der Basis dicken Schwanzes zwischen Steißbein und After herabhing; an der Spitze eine, etwas Sekret entleerende Öffnung. Die Operation förderte ein Konglomerat von fünf Cysten mit serösem Inhalt zutage: 10 Tage lang Wohlbefinden, dann Unruhe und rascher

Digitized by Google

Verfall; Zeichen von Harnverhaltung (trotz steter Entleerung von Harn), plötzlicher Abgang einer großen Menge blutiger Flüssigkeit, bald darauf Exitus. Es fand sich noch eine große, leere, den ganzen Beckenausgang verlegende Cyste vor, die einen fast vollkommenen Verschluß der Harnröhre durch Abknickung bewirkt hatte und kurz ante exitum durchgebrochen war.

Neuburger beobachtete **Polyarthritis gonorrhoica** bei einem fünftägigen, mit schwerer Blennorrhoea neonatorum behafteten Kinde (Gonokokken). Es wurden nach und nach affiziert beide Schulter- und das linke Handgelenk, das linke Kniegelenk, die rechte Groß- und linke Mittelzehe, die Augenblennorrhoe hatte sich auffallend rasch nach Beginn der Gelenkerkrankungen gebessert. Auch letztere gingen allmählich zurück, und es erfolgte völlige Wiederherstellung. Zwei Tage ante partum war auch die Mutter an heftiger Polyarthritis erkrankt, doch nimmt N. an, daß die Allgemeininfektion des Kindes erst nach der Geburt vom Auge aus erfolgte.

Sitzung vom 5. Februar 1903.

J. Cnopf: **Über die angeborenen Funktionsstörungen des Verdauungsapparates.** Erschöpfendes Referat über die verschiedenen Ansichten über die angeborene Pylorushypertrophie, Operation derselben u. s. w.

III. Neue Bücher.

R. Hecker. **Abhärtung?** Verlag von Gebauer-Schwetschke, Halle 1903.

Das Büchlein, als Mahnwort und Wegweiser an die Mütter gerichtet, zeigt ihnen, wie eine rationelle Abhärtung beschaffen sein muß, wohin aber eine schematische, barbarische, unhygienische Abhärtung, wie sie leider vielfach geübt wird, hinführt. Besonders eine systematische Abhärtung von Säuglingen und kleinen Kindern ist eine gefährliche Maßnahme, die sich bitter rächt. Auch späterhin muß die Abhärtung, soll sie ihren Zweck wirklich erfüllen, durchaus individuell eingerichtet sein, der jeweilige Körperzustand, die Empfindsamkeit des Kindes, das Klima des Wohnortes u. s. w., alle derartigen Faktoren bedürfen besonderer Berücksichtigung. Die Lektüre des kleinen Buches, dessen Inhalt den Erfahrungen des bekannten erfahrenen Münchener Kinderarztes entspringt, dürfte vielen Nutzen stiften. Grätzer.

J. Orschansky. **Die Vererbung im gesunden und krankhaften Zustande und die Entstehung des Geschlechts beim Menschen.** Verlag von F. Enke, Stuttgart. Preis Mk. 9.

Der Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, das Resumé seiner eigenen Studien mit den Ergebnissen der modernen Untersuchungen auf dem oben bezeichneten Gebiete in Einklang zu bringen, und er hat sich dieser Aufgabe mit großem Fleiße und vollem Verständnis gewidmet, so daß das hochinteressante Werk vollen Anspruch darauf hat, gelesen zu werden. Es zerfällt in 10 Kapitel, betitelt: „Das Gebiet der Erblichkeit“, „Die Vererbung von im Leben erworbenen Veränderungen“, „Die erbliche Übertragung von Krankheiten“, „Entstehung der Geschlechter“, „Die Ähnlichkeit“, „Körperbau der Neugeborenen und deren Mütter“, „Die Grenzen der Erblichkeit, Entwickelung des Skeletts“, „Die Erblichkeit in kranken Familien“, „Die Elemente der Vererbung, Befruchtungstypen“, „Die Vererbung und die individuelle Evolution“. In allen diesen Abschnitten tritt das Talent des Autors, auch schwierigere Stoffgebiete dem Leser durch klare und präzise Darstellungsweise nahe zu bringen und ihn dauernd zu fesseln, in wohltuender Weise zu Tage, der Verf. versteht es fesselnd zu belehren und das Interesse dauernd wach zu halten. Wir können daher die Lektüre des Werkes warm empfehlen. Grätzer.

A. Heermann. **Vorschriften aus dem Gebiete der Krankenpflege.** Verlag von H. Hartung & Sohn. Leipzig 1903. Preis Mk. 2.

Abreißbare Zettel, auf denen die Ärzte den Pflegern oder Patienten gedruckte Vorschriften übergeben, damit diese besser verstanden und behalten werden. Der Kinderpflege sind zwei solcher Blätter gewidmet, die übrigen beziehen sich auf die verschiedenen Bäder, Ausspülungen des Darmes, der Nase,

Digitized by Google

der Ohren und Augen, auf Packungen, Abreibungen, Umschläge, Pflege der Wöchnerinnen, Pflege ansteckender Krankheiten u. s. w. Den meisten der 20 Pflegevorschriften (man kann von jeder einzelnen je 6 Stück für 20 Pf. haben), sind einige Zeichnungen beigegeben. Ein ganz zweckmäßiges Unternehmen, das manchem Praktiker recht willkommen sein dürfte. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Januar bis März 1903.)

G. Boxberger. Über die Beziehungen der hyperplasierten Thymusdrüse zum plötzlichen Tode bei Kindern. (Kiel.)

K. Dreger. Vaccina generalisata. (Göttingen.)

Fr. Dieterlen. Über kongenitale Ektopien und Erosionen am Muttermund. (München.)

W. Frien. Ein Fall von einseitiger kongenitaler Cystenniere bei einem 2½ jährigen Mädchen; Heilung durch Operation. (Erlangen.)

Fr. Großmann. Über die angeborenen Blutcysten des Halses. (Leipzig.)

Bernh. Hoffmann. Epityphlitis im frühen Kindesalter und ihre Beziehungen zu der gleichen Erkrankung Erwachsener. (Marburg.)

W. Holzer. Über Albuminurie im Kindesalter. (Heidelberg.)

W. Hoppe. Beitrag zur Lehre von den angeborenen Kreuzsteißbeingeschwülsten. (Breslau.)

R. Kästel. Die angeborene Verlagerung der Niere in ihrer praktischen Bedeutung. (Heidelberg.)

P. Kaiserling. Über Ectopia vesicae. (Halle.)

P. Lindemann. Über Osteogenesis imperfecta. (Berlin.)

Alfr. Loewy. Die an der kgl. chirurg. Klinik Breslau in den Jahren 1891 bis April 1901 behandelten Fälle von Hasenscharte. (Breslau.)

K. Luer. Über einen Fall von kongenitaler Scheidenatresie mit Cystokolposbildung bei völligem Mangel der Urethra und Blase, sowie der Portio, Cervix und des Corpus uteri. (München.)

Herm. Marcus. Vom Tetanus neonatorum und seiner Behandlung mit Serumeinspritzungen. (Kiel.)

L. Müller. Über 3 Fälle von Chorea chron. progressiva s. hereditaria. (Heidelberg.)

R. Noehte. Resultate der Sehnentransplantationen bei peripheren Lähmungen. (Berlin.)

H. Otto. Ein Fall von Atresia hymenalis congenita. (Berlin.)

A. Pfreimter. Ein Fall von Nierenmischgeschwulst im Kindesalter. (München.)

J. Ritscher. Über Scharlachabszesse an der Hand eines Falles von Aneurysma arteriovenosum spurium carotidis communis et jugularis internae infolge eines solchen. (Kiel.)

Sato. Vergleichende Untersuchungen über die Bogengänge des Labyrinthes beim Neugeborenen und beim erwachsenen Menschen. (Rostock.)

W. Schillinger. Ein weiterer Fall von Lidgangrän mit Diphtheriebazillenbefund. (Tübingen.)

W. Schliepen. Kephalhaematoma neonatorum. (Greifswald.)

O. Schönfeld. Ein Fall von Aplasie der rechten Niere bei einem an Retropharyngealabszeß gestorbenen Kinde. (Kiel.)

A. Weinberg. Über einen Fall von Hydrocephalus congenitus intern. mit Phocomelie. (Bonn.)

W. Wick. Ein Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Geschwülste der Kreuz- und Steißbeingegend. (Kiel.)

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. C. BERLINER (Aachen), Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Dr. ALBR. DWORETZKY (Moskau), Dr. E. ENSLIN (Erlangen), Direktor Dr. ESCHLE (Sinsheim), Prof. Dr. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. E. FLATAU (Warschau), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Dr. LEO JACOBI (New York), Prof. Dr. JOACHIMSTHAL (Berlin), Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. G. KREBS (Hildesheim), Dr. P. MAAS (Aachen), Dr. K. MENDEL (Berlin), Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Dr. PLANTENGA (Haag), Dr. CARL SCHADE (Göttingen), Priv.-Doz. Dr. E. SCHREIBER (Göttingen), Dr. SCHRIDDE (Erlangen), Priv.-Doz. Dr. H. STARCK (Heidelberg), Dr. SZYMANOWSKI (Warschau), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. VULPIUS (Heidelberg), Dr. H. WALBAUM (Kiel), Priv.-Doz. Dr. ZIEGENSPECK (München) u. A.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

prakt. Arzt in Sprottau.

VIII. Jahrgang. Juli 1903. Nr. 7.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.






Digitized by Google



chemische Fabrik — Darmstadt.

Bromipin

Ind.: Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, Chorea, epileptische Dämmerzustände.

Rp.: Bromipin 10% 100 g.
D. S. 2—3mal täglich 1 Theelöffel voll in obergähr. Bier oder heißer Milch.

Stypticin

Ind.: Blutungen im Klimakterium, menstruale Blutungen, Menorrhagien etc.

Rp.: Tablettar. Stypticin No. 40 à 0,05 g.
D. S. Täglich 3—5—8 Tabletten zu nehmen.

Dionin

Ind.: Asthma, Emphysem, Bronchitis, Phthisis pulmon., Tracheïtis, Pertussis, Schmerzzustände (Gastralgie, Ischias, Ovaralgie, Oophoritis, Ulcus ventriculi), Asomnie, Abstinenzkur, Keratitis, Chorioiditis, Bulbusoperationen.

Rp.: Dionin 0,3,
Aq. amygd. amar. 15,0.
M. D. S. 3mal täglich 10; Abends 20 Tropfen.

Rp.: Dionin 0,04,
Ol. Cacao 2,00.
M. f. lege art. supp. d. t. dos. 10.
S. Täglich 1 bis mehrere Zäpfchen zu gebrauchen.

Rp.: Dionin 0,5,
Aq. dest. 20,0.
M. f. sol. steril.
S. Zu subkutanen Injektionen.

Dionin wird für die Kinderpraxis aufs Wärmste empfohlen.

Litteratur gratis und franko.

Digitized by Google

Fortsetzung des Inhaltes.

KNOLL & Co., Ludwigshafen a. Rh.

Ichthalbin

Tonicum und Darmantisepticum.

Geruch- und geschmackloses Ichthyoleiweiß
zur inneren Ichthyolanwendung.
Ind.: *Tuberkulose, Typhus abdom., Hautkrankheiten.*
Dos.: 0,3—1,0, 3mal täglich.

Natterer's Leberthran-Tabletten
Beste und angenehmste Form für Leberthran-Darreichung
Verkauf nur in Apotheken
Proben u. Litteratur umsonst u. portofrei
Fabrik pharmac. Confituren, Wilhelm Natterer, München II

Digitized by Google

Thiocol „Roche"

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig. Vorzügl. Antitubercul. und Anti-Diarrhoicum.

Pastilli Thiocoli „Roche"

verlässlichste, bequemste und billigste Verabreichungsform des Thiocols.

Sulfosotsyrup „Roche"

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für **Armen- und Kassenpraxis.**

Sirolin

die idealste Form der Kreosot-, bezw. Guajacol-Therapie.

Wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup.

Bewirkt nach tausendfältigen Erfahrungen an Kliniken und in der Privatpraxis bei **Lungentuberkulose** Besserung des Appetits, Hebung der Ernährung, Zunahme des Körpergewichts, Abnahme der Nachtschweisse, des Hustens, des Auswurfes und der katarrhalischen Erscheinungen.

Weitere Indikationen: Influenza, Bronchitis, Keuchhusten, chirurg. Tuberkulose, allgemeine Schwächezustände, Scrophulose.

Nach den Erfahrungen an der kgl. med. Universitätsklinik zu Halle a. S. (Direktor Prof. v. Mering) **„erfüllt das Sirolin alle Bedingungen eines angenehm schmeckenden, tonisierenden Arzneimittels"**. (Über die Krankenhausbehandlung der Lungentuberkulose, von Dr. Hugo Winternitz, I. Assistent der Klinik. Deutsche Ärzte-Ztg., 1. Jan. 1902.)

Man verordnet: **Sirolin, Lagenam origin.** Erwachsenen 3—6 Theelöffel, Kindern 2—3 Theelöffel täglich vor oder unmittelbar nach dem Essen, rein oder in Wasser.

Vor Nachahmungen wird gewarnt. Sirolin ist nur echt, wenn jede Flasche mit unserer Firma versehen ist.

Alleinige Fabrikanten:

F. Hoffmann-La Roche & Cie.,

Fabrik chem.-pharmazeut. Produkte,

Basel (Schweiz), **Grenzach** (Baden).

Protylin „Roche"

haltbares Phosphoreiweiss. Wirksamer als die bisherigen organ. u. anorgan. Phosphor- und Phosphorsäurepräparate.

Airol „Roche"

bester, geruchloser Jodoformersatz.

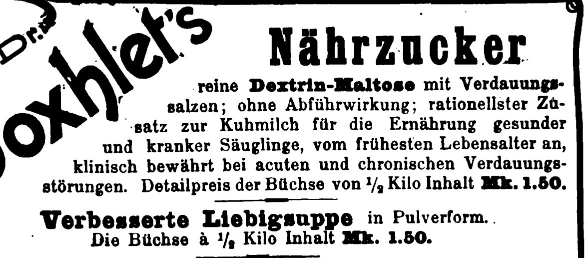
Thigenol „Roche"

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% org. gebund. Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz.

Digitized by Google

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Neue Bücher. — V. Kleine Mitteilungen.



reine **Dextrin-Maltose** mit Verdauungssalzen; ohne Abführwirkung; rationellster Zusatz zur Kuhmilch für die Ernährung gesunder und kranker Säuglinge, vom frühesten Lebensalter an, klinisch bewährt bei acuten und chronischen Verdauungsstörungen. Detailpreis der Büchse von 1/2 Kilo Inhalt **Mk. 1.50.**

Verbesserte Liebigsuppe in Pulverform.
Die Büchse à 1/2 Kilo Inhalt **Mk. 1.50.**

Nährzucker-Kakao,
wohlschmeckendes, kräftigendes Nährpräparat für Kinder u. Erwachsene, Kranke u. Genesende. Detailpreis der Büchse von 1/2 Kilo Inhalt **Mk. 1.80.**

In Apotheken und Drogerien.

Nährmittelfabrik München G. m. b. H. in Pasing.

Dr. R. PLÖNNIS'
Haematin-Eiweiss
enthält 0,4 % Eisen und 0,9 % **Lecithin in organischer Verbindung** mit circa 90 % Eiweiss. Es hat somit die Zusammensetzung der **roten Blutkörperchen, wird leicht vertragen, völlig assimiliert** und ist in Tablettenform bequem zu nehmen.

Haematin-Eiweiss-Chocolade enthält **25** % Dr. R. Plönnis' Haematin-Eiweiß. **Feinste Chocoladenmasse,** vorzüglich im Geschmack und bequem zu nehmen.

Dr. R. PLÖNNIS'
Myogen
ist nach d. Untersuch. des Herrn **Dr. med. et phil. R. O. Neumann, Privatdoz. u. 1. Assist. im hygien. Inst. zu Kiel,** das am **günstigsten** vom Organismus **verwertete aller bisher bekannter Eiweißpräparate.** Leicht verdaulich, kann ohne Beschwerden in größ. Mengen genommen werden u. ist das **beste Kräftigungsmittel f. Kranke u. Rekonvaleszenten.**

Myogen-Cakes enthaltend 25 % Dr. R. Plönnis' Myogen sind n. d. Untersuchungen d. Herrn **Dr. med. et phil. R. O. Neumann, Priv.-Doz. u. 1. Assist. im hygien. Inst. zu Kiel,** ein Nahrungsmittel in **konzentriertester Form,** das **im Eiweissgehalt dem Fleisch, im Kohlehydratgehalt** dem **Brot** und im **Fettgehalt** dem **besten Gebäck gleichsteht** und in größeren Mengen genommen werden kann.

Milcheiweiss-Biskuits enthalten ca. **40** % Dr. R. Plönnis' Milcheiweiß.

Zu haben in allen Apotheken, Drogenhandlungen etc. und bei der
Internationalen Heil- u. Nährmittel-Compagnie, G. m. b. H., Leipzig.

Von Autoritäten der Kinderheilkunde und tausenden von Aerzten empfohlen.
Im Gebrauch der grössten Kinderhospitäler Deutschlands, Oesterreich-Ungarns etc.



Beste Nahrung
für gesunde und
darmkranke
Kinder.

Kufeke's Kindermehl als Zusatz zur Milch ersetzt am besten die **Muttermilch.** Die Kinder gedeihen vorzüglich dabei und leiden nicht an **Verdauungsstörungen.**



Kufekemehl ist besonders in den Sommermonaten unentbehrlich und kommt bei Brechdurchfall, Darmkatarrh, Diarrhoe etc. als Bestes in Anwendung.

Aerztliche Litteratur, sowie Proben offer. den Herren Aerzten kostenfrei.

R. Kufeke, Bergedorf-Hamburg und Wien I.

Tanocol

Vorzügliches Mittel gegen Diarrhoen der Kinder.
Geschmacklos — Unschädlich.

Tanocol-Chokolade-Tabletten

Reiner Chokoladen-Geschmack. Cartons à 20 St. à $^1/_4$ gr Tanocol.

Resorbin-Crême	**Peruol**	**Bromocoll**
Vorzügliches Kosmetikum bei Wundsein der Kinder durch Nässe, bei Verbrennungen, gegen Frost, Risse, spröde Haut etc.	Erprobt gegen Krätze. Riecht nicht. Schmutzt nicht. Reizlos für die Haut. **Peruol-Seife 40 %** Zur Verhütung der Ansteckung und zur Nachbehandlung bei Krätze.	Äußerlich als Salbe, Streupulver, Lösung und Seife gegen Hautjucken aller Art.

Aktien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation
Pharmac. Abtg. Berlin S.O. 30

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

VIII. Jahrgang. 1. Juli 1903. No. 7.

I. Originalbeiträge.

Gratismilch- und Ordinationsanstalten für Säuglinge.

Vortrag, gehalten am 27. IV. 1903 am internationalen medizinischen Kongreß zu Madrid.

Von

Dr. **Ernst Deutsch** (Budapest).

„Un enfant qui nait a moins de chances de vivre une semaine qu'un homme de quatre-vingt-dix ans et moins de chances qu'un octogénaire de vivre un an.“ (Bergeron.)

Die staatliche Beeinflussung der Steigerung der Geburtszahl ist eine Frage, deren praktische Durchführung eine problematische ist; anders stehen wir der Mortalität der Kinder gegenüber, die zu bekämpfen ist und diesen Kampf durchzuführen ist von größter nationaler Wichtigkeit. Diese anerkannte Tatsache brachte die großen Bestrebungen auf dem Gebiete des Kinderschutzes hervor, die jetzt in der ganzen gebildeten Welt auf dem Tapete sind. Findelwesen, Säuglingsspitäler, Kinderheilanstalten, Institute für Verwaiste, Krüppelheime, Vereinigung zum Schutze für Epileptiker und Idioten u. s. w. sind alle Blüten dieser Richtung. In meinem heutigen Vortrag will ich einer Institution gedenken, die auf Grund meiner bescheidenen Ansicht und meiner Erfahrungen eine kolossale Tragweite besitzt, doch bisher außer von der französischen Republik und Amerika von anderen Ländern kaum gewürdigt wurde —, ich meine die Gratismilchanstalten.

Um ein übersichtliches Bild über diese Institution und über all die Fragen, die mit ihr verbunden sind, geben zu können, habe ich an alle Kinderkliniken der Welt Fragebogen ausgesandt; deren Beantwortung die Daten, die ich aus der Weltliteratur gesammelt und meine eigenen Erfahrungen dieser bescheidenen Arbeit bilden.

In erster Reihe möchte ich ein übersichtliches Bild über die Mortalität der Säuglinge und aller Faktoren, die sie beeinflussen, geben.

Vor allem führe ich die mir auf privatem Wege gütigst zur Verfügung gestellten Daten vor.

Österreich:

Wien (Escherich) 1865 24,1%, im Jahre 1898 19,0%.
Prag (Epstein, Fischl) 19—25%.
Krakau (Jakubowsky) 1898 starben im Säuglingsalter in Galizien 64134.

Digitized by Google

Deutschland:

Berlin (Heubner) 16—19 % der Neugeborenen sterben im ersten Lebensjahr.

Leipzig (Soltmann) Mortalitätsperzent der Säuglinge 28,3 %.

München (Ranke) auf 100 Säuglinge sterben 27,8.

Frankreich:

Toulouse (Béry) auf 150000 Einwohner sterben jährlich im Durchschnitt 200 Säuglinge.

Nach Cayrol-Blums Mitteilung hat

	Einwohner			Kinder		Säuglinge	
Paris	2660559	von 1892—1901	wurden	565650	geboren,	70718	starben,
Lyon	453145	„	„	84713	„	11373	„
Bordeaux	257471	„	„	52225	„	6764	„
Limoges	83569	„	„	17445	„	2619	„
Nimes	80355	„	„	20553	„	4546	„
Montpellier	76364	„	„	15742	„	2294	„

England:

Newcastle on Syre (Rauken Lyle) 150 ‰.

Edinburgh (Simpson) 154 ‰.

Italien:

Genua (Jemma) 26 %.

Rom (Concetti) 26,11 %.

Schweiz:

Basel (Hagenbach-Burckhardt) 12—14 %.

Genf (Champendal) 15 %.

Rumänien:

Jassy (Jmerwol) 22,72 %.

Norwegen:

Christiania (Johannessen) 14,6 %, in Budalen 1,49 %.

Spanien:

Zaragoza (Borobio) 20 %.

Amerika:

Toronto (Machell) 20—25 %.

Quebec (Fortier) 26,8—49,9 %.

New York im Jahre 1901 starben auf 6095685 Einwohner 43307, unter diesen 9348 Säuglinge.

Boulder (Cattermoll) 1900 starben auf 539700 Einwohner 6987, unter denen 1228 Säuglinge waren.

Zu diesen Daten will ich noch die vergleichende Sterblichkeitstabelle einiger großer europäischer Städte anreihen:

Auf 1000 Geburten starben von 1895—1898 in

Budapest	183
Wien	208
Prag	176
Triest	219
Breslau	262
Dresden	208
München	279
Bukarest	220
Dublin	169
Petersburg	310 Säuglinge.

Digitized by Google

In meinem Vaterlande ist das Mortalitätsperzentverhältnis der unter einem Jahre Verstorbenen zur Gesamtmortalität verglichen 32,05 %, dieser Perzentsatz entspricht auch ungefähr dem durchschnittlichen europäischen Säuglingsmortalitätsperzent.

Wenn wir die Gründe der großen Säuglingsmortalität suchen, so liegt diese meistens in der Armut und Unwissenheit der Eltern; mit einem Worte, den größten Teil der kleinen Särge bevölkern die Säuglinge des Proletariats. Mit einigen Details will ich die Richtigkeit dieser Behauptung zu beweisen suchen. In den ersten drei Lebensmonaten sterben 15mal mehr illegitime, als legitime Kinder (Firck).

8,9 % sterben unter den Säuglingen der reichen Bevölkerung in Erfurt, 30,5 % unter den Armen. Ähnliche Daten liefert für Ungarn Körössy.

Im Hungerjahre 1868 starben in Finnland doppelt soviel Säuglinge, wie in einem andern Jahre.

In Preußen starben unter 100 Säuglingen von hohen Staatsbeamten 15—17, während 30—36,4 unter jenen der Dienstboten und durch den Armenfond Erhaltenen zu Grunde gehen.

Die Armut bewegt die Mütter, sich als Ammen zu verdingen, und ihre eigenen Kinder der irrationell durchgeführten künstlichen Ernährung zu opfern; welchen Einfluß diese Tatsache ausübt, zeigt am besten, daß im Zeitraum 1858—1869, während welcher Zeit der größte Teil der Chateau-Chinoner-Frauen in Paris säugten, 63 % der Sänglinge starben, während in der Zeit der Belagerung von Paris das Mortalitätsperzent auf 27 fiel, da die Mütter ihre Kinder selber stillten. Zur Illustration derselben Tatsache diene Bayern mit einem Säuglingsmortalitätsperzent von 27,4 und Norwegen mit der Zahl 10,1 (Budalen sogar mit dem beneidenswerten Perzentsatz 1,49), im ersten Lande wird nahezu ausschließlich künstlich genährt, während in Norwegen die meisten Mütter ihrer schönsten Pflicht, ihre Kinder selbst zu stillen, nachkommen.

Daß die irrationell durchgeführte künstliche Ernährung der Säuglinge eine große Morbidität und Mortalität in Magendarmkrankheiten hervorbringt, zeigen auch meine Daten, die sich auf 1100 Säuglinge unserer Anstalt beziehen: es waren 390 Erkrankungen des Digestionsapparates zu verzeichnen, und auf 46 Sterbefälle 28 infolge dieser Krankheiten.

Nach den sorgfältigen statistischen Zusammenstellungen des Kaiserlichen Reichsgesundheitsamtes starben im deutschen Reiche unter einem Jahre:

1894	im ganzen	386000,	an Magen- und Darmkrankheiten 124000
1895	„ „	424000,	„ „ „ „ 155000
1896	„ „	378000,	„ „ „ „ 118000
1897	„ „	417000,	„ „ „ „ 145000

In Chemnitz starben im Jahre 1901 2744 Säuglinge, unter diesen 2456 an Magendarmkrankheiten. Auf die 80 % der Diepper Säuglingsmortalität fallen 68 % solcher, die magenkrank sind.

Die vorgeführten Daten wollen — ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu haben — nur die absolute Notwendigkeit einer Institution, die dies Elend ankämpft, zeigen.

Digitized by Google

Man wirft den Gratismilchanstalten von vielen Seite vor, daß sie der künstlichen Ernährung Vorschub leisten, den „la mellieure goutte de lait est encore celle que l'enfant trouve dans le sain de sa mère" (Budin), abgesehen davon, daß alle meine Gewährsmänner sich in wärmsten Worten über die Nützlichkeit und Notwendigkeit dieser Institution aussprechen und bei richtiger Handhabung dieser Vorwurf unbedingt nicht stichhaltig ist, ist bei dem Proletariate die künstliche Ernährung — wie ich es auch auf Grund der mir zugesandten Fragebögen bestätigen kann (nur für Prag, Krakau, Marburg, Edinburgh, Genf, Jassy, Christiania wird ihre Seltenheit hervorgehoben) — in der ganzen Welt riesig verbreitet und ihre Ausdehnung wächst leider von Tag zu Tag, so daß Institute, die diese in rationelle Bahnen lenken, ein kaum diskutables Postulat bilden.

Daß die Erfolge ohne Ausnahme brillante sind, will ich mit einigen Beispielen illustrieren.

Quintrie berichtet aus Bordeaux, daß im Jahre 1899 seit Bestehen des „goutte de lait" auf 473 nur 4,4 % im Jahre 1900 auf 495 Säuglinge 2,2 % an Magendarmerkrankungen erlagen, während im Jahre 1898 in Rouen im Monate August auf 100 Geburten 91 starben, unter denen 76,6 an Enteritis, in Bolbec auf 78,66 durch Magendarmerkrankungen, in Havre 51,20 auf 68, in Fècamp 16 auf 30,2.

Im Jahre 1898 starben in Paris während vier Wochen 833 Säuglinge an Cholera infantum, im Gegensatze zu der mit Milchverteilung verbundenen Säuglingsordinationsanstalt, in der von 1898—1900 kein einziger Todesfall vorgekommen ist.

Herrlich sind die Erfolge von Dufour (Fècamp); im Jahre 1898—1900 starben auf 156 Frequentanten des „goutte de lait" zwei, auf 434 Geburten der Stadt 42. Der „Bericht über das Ergebnis des Versuches, die Säuglingssterblichkeit in den Sommermonaten durch die Abgabe sterilisierter Milch einzuschränken" (Halle 1903) schreibt: „. . . daß die von der Verwendung sterilisierter Milch erhoffte Wirkung eingetreten und tatsächlich in den Versuchsbezirken eine Verminderung der Kindersterblichkeit erreicht worden ist."

Im folgenden will ich die mir bekannten Gratismilchanstalten nach Ländern geordnet aufzählen:

Österreich:
 Wien: Verein „Charitas" unter Führung des Dr. Hercka.
 Prag: Zeitweilige Verteilung in der Fischlschen Poliklinik.

Deutschland:
 Berlin: „Verein für häusliche Gesundheitspflege".
 „Berliner Kinderschutzverein."
 „Poliklinik des Prof. Neumann."
 (Alle drei Vereine bringen Milch zur Verteilung.)
 Leipzig: Mehrere wohltätige Vereine verteilen Milch.
 Marburg: Die Rumpfsche Poliklinik ist mit einer Milchverteilungsanstalt verbunden.

Frankreich:
 Paris: „Consultation pour les nourrissons à la charité" (Budin).
 „Dispensaire de Belleville" (Variot).

Digitized by Google

„Dispensaire de la rue Picpus" (Rothschild).
Im „Hopital Tenon" unter Boissards Leitung.
Dubrisay père führt eine solche Anstalt in der rue Jean Lautier.
In den Straßen Ordener, Chemin-Vert, La Rochefoucauld, Saint-Benoit (Napias) sind ähnliche Institute im Betriebe.
„L'oeuvre philantropique du lait" durch Rothschild gegründet, unter der Führung desselben eine Verteilung in der polyclinique rue Marcadet.
Toulouse: In den „maison de Charité" jedes Bezirkes wird Milch verteilt.
Rouen: Brunon leitet ein „goutte de lait".
Havre: Caron führt eine Gratismilchanstalt.
Amiens: Unter Aufsicht Peaucelliers wird Milch verteilt.
Montpellier: In den Sommermonaten verteilt das Municipium der Stadt Milch.
Dieppe: Die Stadtbehörde beschäftigt sich mit Milchverteilung (Coche).
Grenoble: Unter Berlioz' Leitung.
Fècamp: Dufours „goutte de lait".
In England sind neuerdings in einzelnen Vororten Londons und in Battersea, St. Helens und Liverpool kleine Milchbetriebe.
Italien:
Neapel: In der „Annunciata" ist eine Gratismilchanstalt in Tätigkeit.
Rom: Nach Concettis Bericht verteilen mehrere Wohltätigkeitsanstalten Milch.
Schweiz:
Basel: Mehrere Wohltätigkeitsanstalten bringen Milch zur Verteilung.
Lausanne: „Société de goutte de lait".
Genf: „Association maternelle du lait stérilisé".
Griechenland:
Athen: Unter Aufsicht des Dr. Papanagioton.

Nach den mir zugesandten Berichten gibts in Holland, Spanien, Rumänien, Norwegen keine ähnlichen Anstalten.

Amerika:
Montreal: Das Journal „La patrie" erhält ein „goutte de lait" und das „Montreal hospital milk dispensary".
New York: „Diet Kitchen."
„The good samaritan dispensary".
Gründung von Nathan Strauss.
Boston: Verteilung zur Sommerszeit.
Pittsburg: „Pittsburg and Allegheny sterilised, pasteurised and modified milk ice and coal society."
Philadelphia: „Philadelphia sterilised milk and ice institution."

In meinem Vaterlande sind drei ähnliche Institutionen, eine in Budapest, Izabella u. 42 „Ingyentej" (unter meiner Leitung), eine in Temesvar (Szana) und eine in Neitra (Turoczy).

Diese Liste ist gewiß mangelhaft, doch gibt sie ein genug klares Bild über den jetzigen Stand dieser Institution.

Digitized by Google

Das wichtigste Moment bei der Verteilung ist die Möglichkeit der Kontrolle. Wir haben uns wiederholt in der ersten Zeit unserer Tätigkeit von Unfugen verschiedenster Sorte überzeugt. Die dem Säugling zugedachte Milch wurde unter allen Kindern der Familie verteilt oder andern wirtschaftlichen Zwecken zugeführt. Seit Konstituierung eines ständigen Aufsichtskomitees, das in gewissen Zeiträumen die Familien aufsucht, um sich über die Vermögensverhältnisse und über die Verwendung der gespendeten Milch Aufklärung zu verschaffen, sind die Mißbräuche seltener geworden.

Großes Gewicht legen wir darauf, daß die Milch größtenteils an Ort und Stelle verzehrt wird. Die Schulkinder trinken ihre Ration stets im Lokal, teilweise auch die gesunden Säuglinge, nur die kranken und in der Peripherie der Stadt wohnenden nehmen ihre Tagesportion mit nach Hause.

Natürlicherweise wird die Milch nur gegen Anweisungen ausgeliefert, die stets durch die Mutter vorgezeigt werden müssen. Kindern wird die Milch zum Nachhausetragen nicht übergeben. Überaus empfehlenswert zur Durchführung ist die Idee Weils (Paris), der den Bezirks- und Armenärzten das Recht zur Ausgabe von Anweisungen für Milch auf Stadt- oder Staatskosten vorschlägt („C'est le lait en nature, aliment de premier ordre, qu'il faut pouvoir prescrire aux enfants indigents qui se meurent devant le sein tari de la mère".)

Bei kleinem Betrieb, wie in den französischen Provinzstädten und neuerdings in Halle ist die Zustellung der Milch zu Haus und Hof durchführbar (z. B. in Lyon durch die Pferde der Feuerwehr). Meinesteils bin ich für dies System bei unserem Großbetrieb nicht eingenommen und glaube, daß der Unfug, durch diese Erleichterung noch erklecklich gefördert wird.

Wir verteilen die Milch ganz unentgeltlich; doch ist die Ansicht von Heubner, Rotch, Camerer und Johanessen, daß man einen Entgelt für die Milch verlangen soll, auch nicht zu verwerfen, denn das arme Volk achtet das ganz unentgeltlich Gebotene weniger, als einen Artikel, den sie bezahlen müssen. Das zahlende System ist auch in Fècamp durchgeführt, wo für die verschiedenen Gesellschaftsklassen verschiedene Preise aufgestellt sind.

Von eminenter Wichtigkeit ist, in welcher Form man die Milch verteilt. Ich würde als Axiom aufstellen, daß die Form, in der die minimalste Manipulierung mit der Milch notwendig ist, unbedingt die beste sei; als solche würde ich die auch bei uns durchgeführte Verteilung einer entsprechend zubereiteten Milch (bei uns nach dem System Dr. Szekelys) in den Einzelportionen entsprechenden kleinen, mit Patentverschluß versehenen Flaschen, auf die vor dem Trinken nach Entfernung des Verschlusses das Saughütchen aufgesetzt wird.

Vieler Orten wird rohe oder sterilisierte unverdünnte Milch, in andern Instituten verdünnte oder präparierte Milch auf dieser Weise ausgeteilt. Bei Kindern, die älter wie sechs Monate sind, verteilen wir ebenso wie in vielen französischen Anstalten die Milch in der Tagesportion entsprechenden großen Flaschen.

Was die verschiedenen Milchsorten, die in den verschiedenen

Digitized by Google

Anstalten zur Verteilung kommen, anbelangt, will ich vor allem die mir zur Verfügung stehenden Daten aufzählen. Fischl verteilte in Prag eine Zeit hindurch Biederts Rahmgemenge und Kellers Malzsuppe. In Berlin erhalten Säuglinge in der Neumannschen Poliklinik Buttermilch und Biederts Ramogen.

In Leipzig wird auf Anweisungen des Armenamtes rohe Milch zur Verteilung gebracht. Die Rumfsche Poliklinik in Marburg versieht Säuglinge mit roher Milch. Die „Polyclinique Henri de Rothschild“ in Paris, die „maison de charité“ in Toulouse, die Stadtbehörde in Montpellier verteilen sterilisierte und rohe Milch. In der Schweiz wird in den Städten Basel, Lausanne (société de goutte de lait“), Genf („association maternelle du lait stérilisé“) pasteurisierte und sterilisierte Milch unter den armen Säuglingen der Stadt verausgabt. In Amerika erhalten die Säuglinge meistens die sogenannte „modified milk“ (Philadelphia, Pittsburg, Boston, Montreal) in Québec und New York verteilt man sterilisierte Milch.

Was meinen eigenen Standpunkt, die Gewinnungsweise und Qualität der Milch betreffend anbelangt, bin ich im großen ganzen Cernys Meinung.

1. Der Gesundheitszustand der Kühe soll von behördlich angestellten Tierärzten ständig kontrolliert werden.

2. Die Nahrung der Kühe muß so beschaffen sein, daß sie nicht dünnflüssige Fäces zur Folge hat.

3. Die Bakterien, welche in die Ausführungsgänge der Milchdrüse eindringen, werden erfährungsgemäß in die Hauptmasse bei den ersten Melkstrichen ausgespült. Die erste Melkportion sollte deshalb nicht in dasselbe Gefäß aufgefangen werden, in welches die übrige Milch gesammelt wird. Um die Verunreinigung der Milch durch Schmutz, welcher den Tieren anhaftet, zu vermeiden, ist es erforderlich, die Tiere sauber zu halten und vor dem Melken besonders das Euter sorgfältig von sichtbarem Schmutz zu befreien. Als zweckmäßig wurde allenthalben das Festbinden des Schwanzes während des Melkens befunden.

4. Die Milch muß sofort nach dem Melken auf eine Temperatur unter 10° C. abgekühlt, bei gleicher Temperatur transportiert und bis zur Verwendung aufbewahrt werden.

5. Der Fettgehalt soll nicht weniger als 3% betragen.

6. Die Acidität der Milch darf nicht gesteigert sein und nicht rasch zunehmen.

Gegen langdauerndes Erhitzen der Milch bin ich unbedingt, da meine Erfahrung sich mit dieser deckt, daß mit übersterilisierter Milch ernährte Säuglinge mit solchen Symptomen erkranken, die nach Darreichung von roher oder pasteurisierter Milch schwinden. Dies ist das Prinzip, das ich bei der Verabreichung der in unserem Lokal verteilten Milch befolge, sie wird pasteurisiert und ich habe noch keinen Fall von Barlowscher Krankheit beobachtet.

In Betracht gezogen, daß die Fütterungstuberkulose beim Menschen außergewöhnlich selten ist, habe ich bei einzelnen atrophischen Säuglingen, besonders in der kühlen Jahreszeit, rohe Milch mit gutem Erfolge verabreicht. Das Generalisieren dieses Vorganges würde ich

Digitized by Google

nicht anempfehlen, da man bei der mangelhaften Intelligenz der armen Klassen für die richtige Handhabung der rohen Milch gar keine Sicherheit besitzt.

Die Erfahrungen von Teixeira de Mattos, Salge, Brüning und andrer Autoren machen die Versuche mit Buttermilch, besonders vom Standpunkte der Billigkeit, überaus erwünscht. Nach den Erfahrungen, die bisher in der Literatur niedergelegt sind, ist die Buttermilch auch bei ganz jungen Säuglingen, bei Erkrankungen des Verdauungstraktes, bei Atrophikern und zur Durchführung von „allaitement mixte“ gut anzuwenden. Diese Ernährungsweise ist für diesen Sommer in unserer Anstalt ins Programm genommen. Ein großes Bedenken bildet der Umstand, daß die Beschaffung reiner Buttermilch mit viel Schwierigkeit verbunden ist.

Vom Standpunkt der billigen Massenversorgung muß ich der Ziegenmilch gedenken. Die Ziege zeigt wenig Neigung zu Enteritiden und Tuberkulose, ist ein reinliches, billiges und milchergiebiges Tier. Barbellien empfiehlt Schweizer- und Alpenziegen für Neugeborene, Tiere aus Nubien und Malta für Kinder nach dem Abstillen und Ziegen von Murcia und den Pyrenäen für gesunde Säuglinge. Bei uns ist die Ziegenmilch wegen ihres Geschmackes und Geruches perhorresziert.

Der Vollständigkeit halber gedenke ich noch der Milch der Eselin, die durch den schwachen Milchertrag überaus teuer und daher vom Standpunkt unserer Institution nicht in Betracht käme.

Von größtem Vorteil wäre, wenn jede Gratismilchanstalt ihre eigene Milchwirtschaft hätte (Noel Rouches), der Kostenpunkt macht die Durchführung dieses Postulates illusorisch. Meines Wissens ist die einzige Anstalt, die in dieser günstigen Lage ist, die von Professor Schlossmann (Dresden). Ich gedenke in Zukunft das landwirtschaftliche Ministerium anzugehen, um von ihren Musterwirtschaften die nötige Milchquantität zu erhalten; bis dorthin beziehen wir die Milch aus der mustergültig geführten Zentralmilchhalle der Stadt Budapest.

Im allgemeinen wird die Verfolgung der schlechten Milch viel zu nachlässig betrieben, zumal die Versorgung mit guter Milch dieselbe Wichtigkeit besitzt wie die mit gutem Trinkwasser. Die Worte Strauss' „Le lait infanticide fait courir les plus graves dangers à la santé publique, à la prospérité nationale; il doit être poursuivi sans trêve ni merci, avec un zéle infatigable et toujours en éveil“.

Was die Arbeitszeit der Gratismilchanstalten anbelangt, sind zweierlei Standpunkte vertreten. Die eine Partei glaubt nur für die Sommerszeit das Institut offen halten zu müssen und bringt als Beleg für diese Meinung die große Säuglingsmortalität in den Sommermonaten vor, der andere Teil — zu diesem gehöre ich auch —, meint, daß es einerseits eine halbe Wohltat sei, die Säuglinge 2 bis 3 Monate mit Nahrung zu versehen und sie dann wieder ihrem Schicksal zu überlassen, andererseits hat die irrationell durchgeführte künstliche Ernährung nicht nur in den warmen Monaten, sondern auch zur Winterszeit ihre Gefahren. Es ist ja unstreitig, daß 1433 (Zahl der in dem ersten Lebensjahr im Monate August von 1895 bis

Digitized by Google

1901 in Halle verstorbenen) eine riesengroße zu 344 (Februar 1895 bis 1901) ist, doch ist die letztere auch nicht zu verwerfen.

Henrie de Rothschild hat bei Gelegenheit der Eröffnung seines neuen Hospitales hervorgehoben, daß er, noch als Student der Midizin, vom Drange geführt, in erster Reihe Wohltat zu üben, in seinem „dispensaire de la Rue Picpus" Milch ohne ärztliche Kontrolle verteilte. Später war er sich dessen bewußt, daß die Wohltat ohne eine Ordinationsanstalt nur eine halbe sei, und daß durch deren Einführung Variots Ideal „Il faut danc laisser les enfants a leur mère, je ne crains pas de le répéter, et remplacer, toutes les fois qu'on le pourra l'hospitalisation par les secours qui permetteut à la mère de soigner son enfant à domicile" — ins Leben trete. Diesen Entwickelungsgang machten nahezu alle — auch unsere — Anstalten durch. Im Anfange wurde in den meisten Instituten Milch ohne Wahl an sämtliche sich Meldenden verteilt, nur später sah man ein, daß man hierdurch einesteils der künstlichen Ernährung Vorschub leistet, anderenteils viele Kranke (Cholera infantum!) nicht der Heilung, sondern dem Verderben zuführt.

Budin war derjenige, der in der Pariser Geburtsklinik als Erster diese Idee mit Erfolg verfocht, ihm folgten seine Jünger in Paris und am Lande (Dufour, Mocquot), so daß die ganze Republik mit solchen hygienischen Kulturzentren — denn als solche muß man sie betrachten — besät, ein Bollwerk gegen das „steeple-chase de crétinisme" (Strauss) errichtet und einen erfolgreichen Kampf gegen Vorurteil und Dummheit, die sich in der Hygiene der Säuglinge eingefleischt haben, aufnehmen kann.

(Schluß folgt.)

II. Referate.

H. de Rothschild. Contribution a l'étude de l'industrie laitière.

(Revue d'Hygiéne et de médicine infantiles, Tome I N. 1 S. 50 1902.)

Die interessante Arbeit gibt eine Übersicht über die Milchindustrie der verschiedenen Länder, sowie über die Unterrichtsinstitute für Milchwirtschaft und der Zeitschriften über Molkereiwesen. Zu einem Referat ist die Arbeit nicht geeignet, ihre Lektüre sei aber jedem, der sich für dies Gebiet interessiert, empfohlen.

Schreiber (Göttingen).

W. Cronheim und **Erich Müller.** Untersuchungen über den Einfluß der Sterilisation der Milch auf den Stoffwechsel des Säuglings unter besonderer Berücksichtigung der Knochenbildung.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde Bd. 57 Heft 1.)

Um die noch nicht entschiedene Frage zu prüfen, ob der Ca-Stoffwechsel des Säuglings Unterschiede aufweist bei Darreichung von sterilisierter und roher Milch, stellen die Verff. folgenden Versuch an: Aus der Molkerei wurde täglich das Doppelte des für das Ver-

Digitized by Google

suchskind notwendigen Tagesquantums Kuhmilch bestellt. Die eine Hälfte wurde den — vollkommen gesunden und nicht im Krankenhaus liegenden — Kindern täglich frisch und roh verfüttert, die andere Hälfte wurde an demselben Tage 20—30 Minuten lang bei 110—103° C. im Kochsalzbad sterilisiert und für den Kontrollversuch auf Eis aufbewahrt. So erhielten die Kinder in beiden Versuchen sicher die gleiche Milch. Zur Verdünnung wurde destilliertes Wasser verwandt, um den Kalkgehalt des Leitungswassers auszuschalten. Die Kinder bekamen eine im Verhältnis von 1 Teil Wasser zu 3 Teilen Milch verdünnte Kuhmilch mit einem Zusatz von 50 g Milchzucker, an den beiden letzten Versuchstagen wurden 25 g Milchzucker durch eine entsprechende Menge reiner Reisstärke ersetzt, um die abführende Wirkung des Milchzuckers abzuschwächen.

Die Kinder wurden vor Beginn des Versuches mit Liebigsuppe ernährt. Nur die drei letzten Tage vor dem Versuche erhielten sie bereits die Versuchsnahrung, einerseits, um sie an dieselbe zu gewöhnen, andererseits, um die Beeinflussung des Stoffwechsels durch die frühere Ernährung nach Möglichkeit auszuschalten. Die Dauer jedes Versuches betrug 4 mal 24 Stunden. Die Analysenmilch wurde erhalten, indem täglich von der rohen Milch je 100 ccm in verschließbaren Kolben mit 1 ccm Chloroform versetzt und dann ein den getrunkenen Tagesmengen proportionales Quantum abgewogen wurde. Die Milch- und Kotanalysen geschahen nach den üblichen Methoden.

Die Verff. kommen zu folgenden Resultaten:

Fett sowie Eiweiß der sterilisierten Milch sind in den Versuchen besser verdaut bezw. assimiliert worden als in der rohen Milch, wenn auch die Verschiedenheiten in Versuch 2 nur sehr geringfügige sind. Dagegen wurde gefunden, daß von drei Versuchen ein früherer eine stark negative Kalkbilanz ergab; No. 1 der jetzigen Versuche gab sowohl bei Darreichung von roher als auch sterilisierter Milch eine positive Kalkbilanz, jedoch sprechen die Zahlen deutlich zu gunsten der rohen Milch insofern, als bei dieser mehr als das Doppelte von Kalk angesetzt worden ist. Versuch 2 schließlich gibt vollständig identische Werte. Der Phosphor der rohen Milch wurde in beiden Versuchen besser verdaut, als derjenige der sterilisierten Milch; dagegen lassen sich über die Retention des Phosphors keine bindenden Schlüsse ziehen. Die Ausnützung der Kohlehydrate war die gewöhnliche vollkommene.

Die Verff. sind der Ansicht, daß Versuch 1 und der frühere Versuch entschieden gegen die Sterilisation der Milch sprechen und sie sehen darin eine Bestätigung der praktischen Erfahrung, daß für die Ernährung von Säuglingen sterilisierte Milch wenigstens für längere Zeitperioden möglichst nicht zu verwenden sei.

Ref., der sich über die Unzweckmäßigkeit zu lange fortgesetzter Sterilisation schon wiederholt ausgesprochen hat, hält diese zwei Versuche doch noch nicht für beweiskräftig genug, um eine derartig wichtige Frage zu entscheiden. Die Zahlenergebnisse zeigen so kleine Differenzen und sind vor allem so wenig einheitlich, daß nicht noch eine andere Deutung der Versuche möglich wäre.

Hecker (München).


Digitized by Google

E. Kobrak. Erwiderung auf den Aufsatz[1]) von Dr. L. Natanson: Über den Milchpasteurisierapparat von Dr. E. Kobrak.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 7.)

Natanson hatte in erster Linie die Inkonstanz der in K.s Apparat zur Verwendung gelangenden Pasteurisiertemperaturen bemängelt, vor allem die erheblichen Differenzen, die sich bei der Benutzung des Apparates im Sommer einerseits und im Winter andererseits geltend machen. K. seinerseits betrachtet nun diese parallel mit dem Einsetzen höherer Lufttemperaturen im Sommer rein automatisch in seinem Apparat zur Geltung kommenden höheren, energischer wirkenden Sterilisiertemperaturen gerade als Vorteil. Wenn der Apparat bei Natanson im Winter seine Pflicht nicht tat, so lag das daran, daß dieser bei seinen Versuchen mit sibirischen Verhältnissen rechnete, nicht mit solchen unseres gemäßigten Klimas, wo der Apparat durchaus gut funktioniert, selbst wenn einzelne saprophytische Keime zurückbleiben; vor diesen hat man heutzutage keinen Horror mehr.

Grätzer.

Betzy Meyer (Däne). Zur Kenntnis der bakteriziden Fähigkeit der Milch.

(Hospitalstidende 1903 No. 4.)

Aus den im Versuchslaboratorium der kgl. Hochschule für Landwirtschaft ausgeführten Versuchen, welche für die Pädiatrie von bedeutendem Interesse sind, geht hervor: 1. Daß es keinen Einfluß auf das Wachstum der Bakterien in der Milch hat, ob die Milch gleich zu einer niedrigen Temperatur herabgekühlt wird oder ob sie zuerst einige Stunden bei ca. 30° steht. Das Wachstum der Bakterien wird nicht vermehrt, selbst wenn die Milch 1—2 Stunden steht, ehe sie abgekühlt wird. Es scheint nicht nötig, daß die Abkühlungstemperatur niedriger als 10—12° ist. Dagegen muß die Milch permanent bei der niedrigen Temperatur stehen, bis sie genossen wird. 2. Daß die „lebende“ Milch (d. h. frisch gemolkene Milch im Verlaufe den ersten 5—6 Stunden) bakterizide Eigenschaften gegenüber der in der Milch gewöhnlich vorkommenden Bakterien hat. 3. Daß die Milch auch gegenüber dem Diphtheriebazillus diese Eigenschaft besitzt.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

A. Schlossmann u. E. Moro. Zur Kenntnis der Arteigenheit der verschiedenen Eiweißkörper der Milch.

(Aus dem Dresdner Säuglingsheim.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 14.)

Die Verff. suchten auf biologischem Wege die für die Säuglingsernährung wichtige Frage klarzustellen, ob nur das vorherrschende Milcheiweiß, das Kasein, der Träger der Arteigenheit ist, oder ob

[1]) S. unser Centralbl. S. 105 (Ref.).

Digitized by Google

auch das lösliche oder besser gesagt gelöste Eiweiß der Milch, das Laktalbumin, für jede Gattung verschieden ist. Wäre dies nicht der Fall, also der Albuminkörper der Kuhmilch dem der Frauenmilch biologisch gleichwertig, dann wäre ja ein Hinweis gegeben, bei der künstlichen Säuglingsnahrung sich vorwiegend dieses Albuminkörpers zu bedienen. Aber die Versuche ergaben unzweideutig, daß Kuhmilchalbumin und Frauenmilchalbumin biologisch ganz verschiedene Körper sind, daß weiter nicht nur das Kasein, sondern auch das gelößte Eiweiß der Milch Träger der Arteigenheit ist. Auch dafür, daß der gelöste Eiweißkörper der Milch identisch ist mit den oder nur einem der Eiweißkörper des Blutes, konnten die Verff. die Beweise erbringen. Sie folgern:

„Aus dem Gesagten ergibt sich abermals einer der immer klarer zu Tage tretenden Gründe für die Überlegenheit der natürlichen Ernährung über die künstliche. Ein namhafter Teil des Eiweißes, dieser für den Aufbau des kindlichen Organismus so wichtigen Verbindung, ist in der Frauenmilch in gelöstem Zustande vorzugsweise als Laktalbumin enthalten. Dieses Laktalbumin ist aber arteigenes Eiweiß; wie es aus dem Blute der Mutter stammt, so kann es direkt in das Blut des Kindes aufgenommen werden. Kein umfänglicher chemischer Prozeß ist von nöten, keine Umsetzung der Komplexe, keinerlei Gruppenverschiebung im Molekül ist erforderlich; so wie es ist, so wie es dem Digestionsapparate des Kindes aus der Brustdrüse der Mutter zufließt, so kann es sofort in das Körpereigentum des Kindes aufgenommen werden. Im Gegensatz hierzu enthält die Kuhmilch nur wenig Laktalbumin, dieses wenige Albumin wird durch Verdünnen der Milch noch weiter vermindert, durch das Kochen chemisch weiter alteriert. Aber auch wenn man dazu käme, dem Säugling große Mengen Kuhlaktalbumin oder aber Ovalbumin an dessen Stelle zuzuführen, wie dies ja bei Modifikationen der kindlichen Ernährung vorgeschlagen worden ist, stets hätte der Organismus des Kindes die Arbeit zu überwältigen, dieses artfremde Eiweiß in arteigenes umzusetzen und die Entgiftung des Körpers einzuleiten. Denn genau wie ein Gift wirkt nach unserer Anschauung ein Eiweiß der einen Gattung auf den Organismus der anderen. Daß eine Gewöhnung an die Giftwirkung, besonders auch dann, wenn ein langsames Einschleichen in den Reiz statt hat, in den meisten Fällen gelingt, das kann ja niemand wundernehmen. Ebenso ergeht es uns mit anderen Giften, mit Alkohol und Nikotin. Aber wie es Individuen gibt, die ihrer Naturanlage nach sich niemals an diese Gifte gewöhnen können, ebenso wie es Idiosynkrasien gegen alles mögliche andere gibt, ebenso gibt es solche Säuglinge, die auf das artfremde Eiweiß immer mit den schwersten Abwehrerscheinungen reagieren werden. Aber auch für diejenigen Kinder, die wir dazu bekommen, gegen das Gift der artfremden Eiweißkörper tolerant zu werden — und das ist ja glücklicherweise die große Mehrzahl von denen, die uns durch äußere Umstände zu diesem Versuche zwingen —, ist die verlangte Leistung des Körpers eine unverhältnismäßig gesteigerte.“ Grätzer.

Digitized by Google

Jemma. Über die löslichen Fermente der Milch und ihre Bedeutung für die künstliche Ernährung.

(La Pediatria 1903 No. 3.)

Verf. gibt eine detallierte Übersicht über die verschiedenen bisher über diesen Gegenstand erschienenen Arbeiten. Er kommt zu dem Schluß, daß, wie geistvoll und bestechend auch Escherichs Hypothese sein mag, daß die sterilisierte Milch zur Ernährung sich nicht eigne, weil in ihr die Enzyme zu grunde gehen, in der Praxis die künstliche Ernährung im wesentlichen davon nicht berührt wird. F.

G. Wallbach (Berlin). Praktische Erfahrungen mit Kufekes Kindermehl.

(Die ärztliche Praxis 1903 No. 3.)

Aus einem reicheren Material werden fünf Fälle herausgesucht und beschrieben als Typen von Affektionen, bei denen Kufeke sich bestens zu bewähren pflegt. Zweimal handelte es sich um mehr chronische Erkrankungen, um Atrophie, welche den Ausgang einer auf Ernährungsstörungen beruhenden Dystrophie bildete. In beiden Fällen kam es darauf an, zunächst die Ernährungsstörung zu beseitigen, um dann durch Zuführung geeigneter Nahrung der Macies Herr zu werden; in beider Hinsicht leistete Kufeke gute Dienste, auch zeigte sich bei dem einen Fall, daß Milch mit Kufeke trotz bestehenden Durchfalls gut vertragen wurde und die Häufigkeit der Stühle bald nachließ. Bei den akuten Magendarmstörungen wird man natürlich meist gut tun, die Milch ganz wegzulassen. Hier genügt längere Zeit die wässrige Kufekesuppe zur Ernährung, und es ist manchmal frappant, wie schnell dann die störendsten Erscheinungen, das Aufgetriebensein, die Kolik u. s. w. verschwinden. Lehrreich war auch Fall 3, wo bei einem hochfiebernden, mit Magendarmkatarrh behafteten Kinde die Kufekesuppe zur Ernährung und Erhaltung des Kräftezustandes vollkommen ausreichte. Bei Fall 4 bestand chronische Verstopfung, wie man sie bei ausschließlicher Milchernährung oft sieht. Unter Kufekesuppe regelte sich der Stuhlgang, wie Verf. das Gleiche schon mehrfach beobachtete.

Kufeke wird von Kindern jeden Alters gern genommen und erweist sich nützlich in allen Fällen von Ernährungsstörungen, Verdauungsstörungen akuten und chronischen Charakters. Grätzer.

Fr. Dorn (Berlin). Beitrag zur Ernährungstherapie.

(Deutsche Ärzte-Ztg. 1903 No. 7).

Warme Empfehlung des Kufekemehles, das D. oft als rettende Nahrung bei Brechdurchfällen der Säuglinge kennen gelernt und auch wiederholt bei geschwächten Magendarmfunktionen älterer Kinder mit bestem Erfolge in Anwendung gezogen hat. Grätzer.

Digitized by Google

F. Weigert (Stettin). Erfahrungen über die Kindermehle im allgemeinen und speziell das Kufekesche.

(Der Kinderarzt 1903 No. 4.)

W. hat mit Kufekemehl sehr gute Erfahrungen gemacht, namentlich bei den akuten Magendarmstörungen der Säuglinge, bei denen er folgendermaßen vorzugehen pflegt:

Er beginnt stets mit einer ausschließlichen Teediät und setzt diese so lange fort, bis dunkelbraun gefärbter Stuhl erscheint (24—28 Stunden). Dann läßt er einen Eßlöffel Kufekemehl in lauwarmem Wasser verrühren und auf 1 Liter Wasser auffüllen und diese Mischung ca. 10 Minuten unter Umrühren kochen. Davon läßt er alle 4 Stunden ca. 4 Strich (= Eßlöffel) — eventuell in der Zwischenzeit Tee zu Durststillung — reichen. Zu jeder Flasche wird 1 Teelöffel Milchzucker hinzugesetzt, da durch dessen Anwesenheit die Fäulnisprozesse bekanntlich gehemmt werden.

Wird dieses Quantum einen Tag lang ohne Vermehrung der Stühle oder des Erbrechens vertragen, so gibt er 6 Strich der gleichen Konzentration in denselben Pausen. Erfolgt nach ca. 2 Tagen nicht faulig riechender, wenig Schleim einschließender Kot und zwar nicht mehr wie 3—4mal täglich, so ersetzt er von den 6 Strich Kufekesuppe 1 Strich durch saubere, abgekochte Kuhmilch; bleibt der Stuhl homogen — ohne unverdaute Reste — so gibt er 3stündlich 4 Teile Kufeke, 2 Teile Milch; bei Kindern von 5 Monaten — oder deren Gewicht — aufwärts steigt er mit der Konzentration nach etwa wieder 3 Tagen auf 3:3 und so fort, erst allmählich wird das Einzelquantum, etwa auf 9 Strich, vergrößert. Grätzer.

H. Fischer (München). Beitrag zum Kapitel der rationellen Säuglingsernährung.

(Ärztliche Rundschau 1903 No. 19.)

Leibniz-Kindermehl als Ersatz für Milch hat F. nicht nur in seiner eigenen Familie, sondern auch bei zahlreichen anderen Säuglingen mit so gutem Erfolge angewandt, daß er nicht ansteht, dasselbe bei akuten Magendarmkatarrhen, Brechdurchfall sowohl als auch da, wo die Kinder bei vorher unzweckmäßiger Ernährung durch fortdauernde Diarrhoen heruntergekommen sind, warm zu empfehlen. Grätzer.

Ernst Moro. Ernährungsversuche mit Soxhlets „Nährzucker“.

(Aus dem St. Anna-Kinderspital in Wien.)

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1903 No. 5.)

O. Rommel. Der Soxhletsche Nährzucker in der Ernährungstherapie kranker Säuglinge.

(Aus der pädiatr. Univers.-Poliklinik in München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 6.)

M. berichtet von 24 Säuglingen (23 davon jünger als $^1/_2$ Jahr), meist echte Atrophiker, zum Teil kombiniert mit akuten Verdauungs-

Digitized by Google

störungen; 6 mal handelte es sich um schwächliche Rekonvaleszenten von akuten Magendarmkatarrhen. Alle wurden ambulatorisch behandelt. Außer von einem Kinde (gerade von der Mutter abgesetzt) wurde der Nährzucker ausnahmslos gern genommen. Sämtliche Kinder gediehen bei dieser Ernährung vorzüglich, oft wurden geradezu exorbitante Zunahmen erzielt. Bei interkurrenten Krankheiten war es erstaunlich, wie rasch die Kinder wieder heraufkamen. Abgesehen von der vortrefflichen Beeinflussung des Allgemeinbefindens hat der Nährzucker auch obstipierende Wirkung, die stets rasch und prompt eintrat und manchmal so stark war, daß dagegen eingeschritten werden mußte. Die Stühle glichen gut verdauten Kuhmilchstühlen. Jedenfalls verdient das Präparat in der Säuglingsnahrung vollste Berücksichtigung und fördert gerade bei atrophischen Kindern sehr befriedigende Ernährungserfolge zu Tage.

Auch R. war mit dem Nährzucker sehr zufrieden. Er verfügt über 36 Fälle, magendarmkranke Säuglinge akuter oder chronischer Natur. 75 % davon wurden geheilt bezw. gebessert, ein Resultat, das sehr befriedigend ist, wenn man bedenkt, daß es sich um poliklinisches Maierial handelt, daß die Behandlung in der heißesten Jahreszeit stattfand, und daß sie sehr oft durch schwere interkurrente Krankheiten unterbrochen wurde. Nach den gemachten Erfahrungen resumiert R. folgendermaßen.

Der Soxhletsche Nährzucker, für gesunde Säuglinge ein rationelles Zusatzmittel zur Verbesserung der verdünnten Kuhmilch, ist in der Behandlung kranker Säuglinge indiziert:

1. Bei akuten Fällen, als erste Nahrung nach Wasserdiät.
2. In den meisten Fällen, wo Kellers Malzsuppe angezeigt ist, d. h. bei chronischen Ernährungsstörungen, zumal solchen, welche bei milch- und fettreicher Nahrung aufgetreten sind.
3. Im Preise der Kellerschen Malzsuppe gleich (ca. 45 Pfg. pro Liter — bei etwa 700 Kaloriengehalt) ist die Technik der Nahrungsbereitung mit dem Soxhletschen Nährzucker soviel einfacher, daß derselbe, zumal für die Privatpraxis, den Vorzug verdient.
4. Das Fehlen von unverändertem Mehl läßt den Nährzucker auch für Kinder im ersten Lebensquartal geeignet erscheinen.
5. Für ältere Säuglinge, zumal bei stinkenden alkalischen Stühlen, ist die Kellersche Malzsuppe der Ernährung mit Nährzucker überlegen.

Grätzer.

C. Maccarone. Die Dyspepsie der Neugeborenen und Säuglinge und die Funktion der mütterlichen Brustdrüse.

(Archivio di Patologie e Clinica infantile, No. 6 1903.)

Die primäre Dyspepsie der ausschließlich mit Muttermilch ernährten Säuglinge beruht fast stets darauf, daß in der Darreichung der Nahrung keine Regelmäßigkeit beobachtet wird. Die Mütter bieten dem Säugling ja häufig die Brust, teils aus schlechter Angewohnheit, indem sie es als ein Mittel betrachten, das unruhige Kind zur Ruhe zu bringen, teils aber ist die Milchportion keine hin-

Digitized by Google

reichende. Auch die normal funktionierende Milchdrüse büßt, wenn ihr nicht eine genügende Ruhepause gegönnt wird, ihre Funktionsfähigkeit allmählich ein. Zwischen Quantität und Qualität der Milch besteht ein gewisses Verhältnis, insofern bei spärlicher Sekretion der Brustdrüse das Sekret — wenige Ausnahmen abgerechnet — arm an nährenden Bestandteilen ist und umgekehrt. F.

Fr. Steinitz. Alkalistoffwechsel.

Walther Freund. Säuren und Basen im Urin kranker Säuglinge.

A. Keller. Fettumsatz und Acidose.

(Monatsschrift f. Kinderheilkunde, Januar 1903.)

In den drei Arbeiten (Gesamttitel: „Zur Kenntnis der chronischen Ernährungsstörungen der Säuglinge") werden die Resultate von Versuchen mitgeteilt, welche an der Breslauer Kinderklinik angestellt wurden und welche zur Klärung und Erweiterung der Kenntnisse der betreffenden Fragen wesentlich beitragen.

Grätzer.

Camerer (Urach). Die stickstoffhaltigen Bestandteile im menschlichen Urin und die sogen. Acidose.

(Monatsschrift f. Kinderheilkunde April 1903.)

Eignet sich nicht zum kurzen Referat. Grätzer.

H. Brüning. Über die Ernährung kranker Säuglinge mit Buttermilch.

(Aus der Univers.-Kinderklinik zu Leipzig.)

(Deutsche Ärzte-Ztg. 1903 Heft 4.)

Die Buttermilch wurde im Krankenhause selbst zubereitet. Die morgens frisch gelieferte Milch wurde in flachen, irdenen Gefäßen 24—36 Stunden in einen Schrank gestellt, dann der Rahm abgeschöpft, in Buttermaschinen aus Glas aufgenommen, und nach Beendigung des Butterungsprozesses die Butter sorgfältig abgehoben. Von der restierenden Buttermilch wurde 1 Liter nach folgendem Rezept weiter behandelt: 40 g feinstes Weizenmehl wurden zunächst mit wenig kalter Buttermilch angerührt, dann die übrige Buttermilch zugesetzt und unter langsamem Zufügen von 60 g Zucker und unter stetigem Umrühren bis zum Sieden erhitzt; nachdem die Mischung 20 Minuten lang gekocht, wurde sie in den Eisschrank gestellt und nach Bedarf, nochmals aufgewärmt, an die Kinder verabreicht, und zwar an 28, meist in der Ernährung heruntergekommene Ziehkinder, von denen speziell 20 infolge chronischer Darmstörungen mehr oder weniger hohe Atrophie aufwiesen und auch mit anderen Affektionen (Ekzeme, Nephritis, Pneumonie, Furunkulosis u. s. w.) behaftet, also schwer krank waren. Bei solchem Material war natürlich die Mortalität eine hohe; immerhin besserten sich bei der Buttermilchnahrung

Digitized by Google

vielfach schon nach wenigen Tagen die Stühle, wurden auch vorübergehende Gewichtszunahmen erzielt. Es wurde den Säuglingen die Buttermilch möglichst rein oder abwechselnd mit etwas Eichelkakao, Tee oder Graupenschleim gegeben. Interessant war die Tatsache, daß einzelne der mit reiner Buttermilch Ernährten anfangs recht gut an Gewicht zunahmen, daß dann aber nach 9—10—12 Tagen bei sonst unverändertem Allgemeinbefinden ein Stillstand der Körpergewichtszunahme eintrat, welche trotz genügender Nahrungsmenge sich nicht änderte; erst nachdem durch allmählichen Zusatz süßer, also nicht entfetteter Milch der Fettgehalt der Nahrung gesteigert wurde, begann auch die Körpergewichtskurve wieder anzusteigen.

Über das spätere Schicksal der Kinder war nicht viel zu eruieren. Und doch ist das sehr wichtig, weil es gelegentlich sich gezeigt hat, daß derartige Kinder unter anderen Ernährungsbedingungen nicht gedeihen, sondern, falls nicht rechtzeitig ärztliche Hilfe zur Hand ist, rapide zu Grunde gehen. Namentlich mit Rücksicht auf diese Frage ist es deshalb angebracht, die mit der Buttermilchtherapie bei kranken Säuglingen erzielten günstigen Erfolge mit Vorsicht zu erwarten. Infolge der Schwierigkeiten, einwandfreie Buttermilch einem größeren Abnehmerkreise zugängig zu machen, dürfte diese Art der Ernährung wohl überhaupt kaum breiteren Boden gewinnen; sie wird sich vielmehr darauf beschränken, in geeigneten Fällen versuchsweise angewandt zu werden.

Grätzer.

Gr. Jacobson (Bukarest). Über die Ernährung gesunder und dyspeptischer Säuglinge mit Buttermilch.

(Archives de médicine des enfants 1903 No. 2.)

J. ist Anhänger dieser Ernährungsmethode geworden, nachdem er in einem Falle eigener Beobachtung, ein schwer dyspeptisches Kind, welches weder die Mutterbrust, noch die Milch dreier Ammen vertragen konnte und nach monatelanger Behandlung bereits aufgegeben war, auf Buttermilchernährung sich erholen und zum vollkommenen Gesundheitszustande zurückkehren sah.

Es ist vorteilhaft, die Buttermilch im Hause selbst bereiten zu lassen, da diejenige aus den Milchmeiereien oft verschiedenartig verunreinigt ist. Die gute Wirkung derselben wird auf dreierlei Ursachen zurückgeführt: 1. der Säuregehalt; 2. das Fehlen von Fett; 3. die feine Verteilung des Kaseïns.

Die Buttermilch ist für gesunde Säuglinge durch ihre sehr leichte Verdaulichkeit und Assimilierbarkeit ein Nahrungsmittel erster Ordnung. Dieselbe wird von an chronischer Gastroenteritis, an kongenitaler oder erworbener Dyspepsie leidenden Säuglingen und im allgemeinen von allen kachektischen Kindern, ausgezeichnet vertragen und nehmen dieselben rasch an Gewicht zu. Außerdem ist auch der geringe Preis dieses Nahrungsmittels von Wichtigkeit, so daß auch die Armen sich dasselbe leicht verschaffen können. Es soll niemals vergessen werden, durch entsprechende Anweisung der Milchmeier, bei der Darstellung die größte Reinlichkeit walten zu lassen.

E. Toff (Braila).

Digitized by Google

Jan Raczynski. Dyspepsia intestinalis acida lactatorum.

(Aus dem St. Ludwig-Spitale in Krakau.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 12.)

Unter Benutzung des gesamten Ammenmaterials der Anstalt (12 stillende Frauen) untersuchte R. die Milch von Frauen, deren Kinder ganz gesund waren, und von solchen, deren Kinder deutliche Dyspepsie aufwiesen. Durch Vergleich der Resultate der Milchanalysen konnte R. aber keinen Zusammenhang herausfinden zwischen dem Krankheitszustand und der größeren oder geringeren Quantität eines der bestimmten Bestandteile. Er suchte daher die Ursachen dieses Krankheitszustandes auf anderem Wege, indem er die Faeces untersuchte. Es ergab sich, daß die Azidität der Stühle bei Kindern mit dyspeptischen Erscheinungen auffallend hoch ist. Man kann also behaupten, daß bei Brustkindern Krankheitszustände vorkommen, in welchen die Faeces größere Fettsäuremengen enthalten, und ihre Anwesenheit eine Reihe von Symptomen verursacht, wie häufige Stuhlentleerung, Schlafmangel, Auftreibung des Bauches u. s. w. Die Bildung dieser größeren Säuremengen wird nicht verursacht durch die chemische Zusammensetzung der Nahrung. Da wir nun wissen, daß die Azidität der Stühle bei Brustkindern eine Folge der Wirkung von Bakterien ist, d. i. der normalen Vegetation, so müssen wir vermuten, daß auch in diesen Fällen dasselbe Agens im Spiele ist, daß aber die günstigen Verhältnisse in diesem Falle eine stärkere Entwickelung dieser Flora zulassen und demgemäß auch die Entwickelung einer größeren Menge ihrer Produkte verursacht. Diesen Zustand können wir also Dyspepsie mit Überschuß von Säuren im Darm benennen, Dyspepsia acida intestinalis. Eine diesbezügliche weitere Untersuchung ergab ferner, daß der Prozentgehalt des Fettes im Stuhl bei Dyspepsie besonders hoch ist, woraus man schließen kann, daß die erhöhte Azidität des Inhalts des Verdauungstraktus die Ausnützung der Fette erschwert. Die üppige Entwickelung der Bakterien im Verdauungstraktus aber kann beruhen auf Darreichung ungeeigneter Nahrung gleich nach der Geburt, auf Überfütterung oder auf ungenügender Entwickelung der Verdauungsdrüsen, bei ungenügender Entwickelung des gesamten Organismus (daher kommt es, daß meist schwach entwickelte, nicht ausgetragene Kinder dyspeptisch werden).

Grätzer.

F. L. Wachenheim. Chronic gastritis and gastric motor Insufficiency in Children.

(New York, Medical Journal, den 24. Januar 1903.)

Nach W. ist der chronische Magenkatarrh eine überaus häufige Affektion im Kindesalter, namentlich dem zweiten und 12. Lebensjahre. Daneben besteht meist motorische Insuffizienz des Magens.

Die Erkennung basiert sich auf den klinischen Erscheinungen im Verein mit den Ergebnissen einer eingehenden Untersuchung des Mageninhalts. Die Magensonde ist durchaus unentbehrlich. Man

Digitized by Google

hebert den Inhalt heraus und vergleicht ihn mit normalen Verdauungsprodukten. Ein dargereichtes Brausepulver erleichtert die perkutorische Feststellung der Magengrenzen, speziell des oberen Randes, um allen Täuschungen durch Verdrängung aus dem Wege zu gehen. Über die motorische Tätigkeit des Organs gibt uns ebenfalls sein Inhalt genügenden Aufschluß, indem die Anwesenheit von Speiseresten des vergangenen Tages deutlich für mangelhafte Nahrungsbeförderung spricht.

Was nun die Symptomatologie anbelangt, so offenbart sich der unkomplizierte Magenkatarrh durch Blässe, Unterernährung, Abmagerung, belegte Zunge, Kopfweh, Verstopfung, gestörten Schlaf, und epigastrische Empfindlichkeit, namentlich nach dem Essen. Freie Salzsäure fehlt oft im Mageninhalt, Therapie: Magenausspülung, und Salzsäure sowohl wie Amara innerlich, nebst vorsichtiger Diät.

Der mit motorischer Insuffizienz einhergehende Magenkatarrh liefert folgendes Bild: Hartnäckige Obstipation, besonders bei rhachitischen Kindern; ausgiebiges Aufstoßen von Gasen; starke Abmagerung; selten ausgesprochene Anorexie. Hier besteht die Behandlung weniger in der Spülung als in einer Regelung der Diät. Man gebe kleine, aber häufige Mahlzeiten. Von Medikamenten empfehlen sich Nux vomica, Natrium bicarbonicum, Wismut und Magnesia. Gegen die Verstopfung leistet Cascara Sagrada wirksame Dienste. Massage ist ebenfalls sehr zu loben. Wo die Nahrung länger als 12 Stunden im Magen verweilt, ist die Spülung auch hier angezeigt, und wird am besten vor dem Frühstück vorgenommen. Leo Jacobi (New York.)

Halsey Dewolf. A Report of thirteen cases of Edema, apparently epidemie in character.

(Archives of Pediatrics, Dezember 1902.)

Bericht über 13 Fälle einer eigentümlichen Affektion, welche Verf. faute de mieux „epidemisches Ödem“ nennt.

Auf einer Gebäranstalt erkrankten innerhalb 11 Tagen rasch nacheinander 13 Säuglinge. Meist im Anschluß an eine heftige Gastroenteritis setzte die eigentliche Krankheit mit Ödemen ein. Entweder gleichzeitig oder in schneller Reihenfolge traten Ödeme im Gesicht, an Händen und Füßen auf. Einige Male kam es zu Hydrops anasarca. Die Ödeme waren sehr hochgradig, wechselten aber trotzdem mit überraschender Leichtigkeit ihren Sitz und ihre Beschaffenheit — also „fliegende Ödeme“. Die Kinder zeigten subnormale Temperaturen, sahen blaß und apathisch aus, boten aber im übrigen kein nachweisbares organisches Leiden. Das Herz wurde stets geprüft, mit ziemlich negativem Befund. Die Blutuntersuchung lieferte ebenfalls keine wichtigen Anhaltspunkte. Dagegen war der Urin 9 mal eiweißhaltig.

Von den 13 Kindern starben neun im Hospital, die anderen vier, darunter drei mit persistierenden Ödemen mußten entlassen werden. Der Exitus trat meist nach einigen Stunden im Kollaps ein. Zuerst versagte die Atmung, dann blieb das Herz stehen.

Digitized by Google

Das nahezu gleichzeitige Auftreten der Fälle, die frappante Ähnlichkeit der klinischen Erscheinungen und des Verlaufes berechtigen zur Annahme einer gemeinschaftlichen Ursache. Angesichts des Umstandes, daß sämtliche 13 Kinder künstlich ernährt wurden, liegt die Vermutung unfern, daß die Milch eine Infektionsquelle abgab. Nun läßt es sich wohl denken, wie eine primäre Enteritis die Ansteckung begünstigen kann; wie letztere, im Verdauungstraktus beginnend, nach und nach Blutgefäße und Nieren pathologisch affiziert, wodurch dann zuletzt Ödeme entstehen.

Dem Verf. scheint eine derartige Hypothese plausibel zu sein.

Leo Jakobi (New York).

Japichino Paternò. Experimentelle klinische Studie zu Parrots „Athrepsie“.

(La Pediatria, 1902 No. 11.)

Verf. unterscheidet nach Analogie seines Lehrers Fede eine primäre und sekundäre Atrophie der Säuglinge. Die erstere — identisch mit der von Parrot so bezeichneten Athrepsie — ist nicht durch Erkrankungen des Magendarmkanals verursacht, noch der Ausdruck einer chronischen Infektionskrankheit, wie Tuberkulose oder Syphilis, sondern hängt ab von einer durch mangelhafte, falsche oder unregelmäßige Ernährung bedingten Autointoxikation.

Zum Studium der Atrophie hat Verf. bei säugenden Hunden durch unangemessene Ernährung einen der Atrophie der Kinder vergleichbaren Zustand herbeigeführt. Außer einer Verkleinerung der Zellen (? Ref.) hat Verf. bei den untersuchten Tieren niemals irgend welche makroskopische oder mikroskopische Veränderung auffinden können. Ebenso war der Sektionsbefund bei einem unter dem Bilde der „Athrepsie“ gestorbenen Kinde ein völlig negativer.

Verf. hält es für sicher, daß die Pathogenese der in Rede stehenden Erkrankung beherrscht wird von einer Intoxikation des Organismus, die zurückzuführen ist auf eine gestörte Funktion des Verdauungskanals. Die Nahrung wird, weil sie unangemessen ist oder weil die Verdauungssäfte nicht wirksam sind, nicht resorbiert, geht in Fäulnis über, es bilden sich organische Gifte, die in den Organismus durch das Blut übergehen. Verf. hat die verschiedenen Gewebe und Organe der an Atrophie gestorbenen Tiere mit einer überaus großen Giftigkeit behaftet gefunden. Der Organismus besitzt gegen diese Gifte, die ihn anderenfalls in wenigen Stunden töten würden, Schutzvorrichtungen, die jedoch nur schwach funktionieren; eine solche wahrnehmbare, jedoch geschwächte Schutzfunktion fand Verf. in den Leberzellen.

F.

Japichino Paternò. Untersuchungen über die pathologische Anatomie der Parrotschen Athrepsie.

(La Pediatria Nr. 2 1903.)

Verf. hat ebenso wie Fede und seine Schüler an jungen Hunden experimentiert, nur mit dem Unterschiede, daß er seine Versuchstiere

Digitized by Google

erst später tötete, als jene es getan hatten. Er gibt die Resultate der Untersuchungen, die er an den Eingeweiden der Tiere angestellt hat, wieder und kommt ebenso, wie die früheren Untersucher, zu dem Ergebnis, daß nirgends nennenswerte histologische Veränderungen zu finden waren ausser der allgemeinen Atrophie. F.

Dante Pacchioni. Ein Fall von schwerer Hepatitis mit schwerem Ikterus bei einem von einer nephritischen Mutter ernährten Säugling.

(Rivista di Clinica Pediatria, Fasc. III März 1903.)

Es handelte sich um ein 4monatliches Kind, das nach 10tägiger Krankheit zu Grunde ging. Unter den klinischen Symptomen sind vor allem ein starker Ikterus und die bei der Blutuntersuchung gefundene Herabsetzung in der Zahl der roten Blutkörperchen zu erwähnen; bei der Sektion fanden sich ausgesprochene entzündliche und degenerative Veränderungen an der Leber; das Organ war — wohl infolge der geringen in ihm enthaltenen Blutquantität — klein, der Ikterus erklärte sich durch den Leberbefund nicht, denn es war keine Stauung in den Gallwegen vorhanden; dagegen war das massenhafte Zugrundegehen der roten Blutkörperchen zu der Erklärung seines Zustandekommens ausreichend.

Den Grund für die Erkrankung sucht Verf. in einer Intoxikation mit spezieller elektiver Wirkung auf die roten Blutkörperchen, und zwar glaubt er, daß die Intoxikation hervorgerufen wurde durch toxische Stoffe, die in der Milch der nephritisch erkrankten Mutter enthalten waren. F.

Crisafi. La funzionelità del fegato nic bambini proveta ove levulosio.

Vorläufige Mitteilung.

(Rivista di Clinica Pediatria No. 2 1903.)

Verf. hat bei Kindern, die an den verschiedensten Erkrankungen litten, nach dem Vorschlag von Strauss die Lävulose angewandt zur Funktionsprüfung der Leber. Er hat Kindern bis 5 Jahren 25—40 g, solchen über 5 Jahren 40—60 g gegeben. Er hat auf diesem Wege gefunden, daß die Leberfunktion bei akuten Infektionskrankheiten im allgemeinen eine gute ist. Am meisten beeinträchtigt scheint sie noch zu sein bei nephritischen und schleichenden tuberkulösen Prozessen. Die Phenylhydrazinprobe erwies sich als die empfindlichste, um auch die kleinsten Spuren von Lävulose zu entdecken. F.

Digitized by Google

Antonio Jovane. Die Verteilung der Glykogenmenge auf die beiden Leberlappen.

(La Pediatria No. 3 1903.)

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, zu prüfen, inwiefern die Behauptung Sérégé's, daß die beiden Leberlappen nicht nur anatomisch, sondern auch physiologisch voneinander völlig unabhängig sind, für ganz junge Individuen zutrifft; er hat zu diesem Grunde an jungen Kaninchen Untersuchungen angestellt und die erhaltenen Resultate mit denen bei erwachsenen Tieren erzielten verglichen. Er fand, daß bei Kaninchen in den ersten Lebenstagen ebenso wie bei ausgewachsenen Tieren, daß, wenn sie auch unter genau demselben Regime gehalten und in derselben Periode der Verdauungstätigkeit untersucht wurden, die Quantität des Glykogens im linken und rechten Leberlappen durchaus verschieden war, und zwar liegen die Verhältnisse so, daß nicht konstant die größere Menge in dem einen oder anderen Lappen angetroffen wird, sondern vielmehr findet sie sich bald im rechten, bald im linken Lappen. Die verschiedene glykogenbildende Tätigkeit der beiden Lappen wird auf die verschiedene Blutverteilung zurückgeführt. F.

E. Salvia. Singulière anomalie de développement du foie ayant l'aspect d'un néoplasme.

(Revue de Chirurgie No. 10 S. 498.)

Der 3jährige Knabe litt seit seinem zweiten Lebensjahr an einer Anschwellung der Leber. S. exstirpierte den Tumor, welchen er für ein Fibrosarkom hielt. Der Knabe erlag aber einer Infektion. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors, die ausführlich mitgeteilt wird, ergab, daß es sich um eine Störung in der Entwickelung der Leber handelte, da derselbe die Struktur der embryonalen Leber zeigt mit Hyperplasie des Schleimgewebes. Schreiber (Göttingen).

A. Sotoff. Ein Fall von bösartiger Neubildung der Leber und der Bauchspeicheldrüse bei einem Kinde von $1^1/_2$ Jahren.

(Zeitschrift der Russischen Gesellschaft für Volkshygiene 1902 No. 5. u. 6.)

In der pädiatrischen Klinik des Prof. N. Gundobin (St. Petersburg) wurde jüngt ein seltener Fall beobachtet: Karzinom der Leber und des Pankreaskopfes bei einem Mädchen von $1^1/_2$ Jahren. Bei der Aufnahme in die Klinik war das Kind kachektisch, es bestanden deutliche Anzeichen von Rhachitis, die Lymphdrüsen am Halse und in der linken Inguinalgegend waren geschwellt; die Leber war beträchtlich vergrößert, reichte bis an die Nabelgegend und wies eine höckerige Oberfläche auf; Ikterus fehlte. Puls 140—150, Atmungsfrequenz 40—50. Tod am 5. Tage. Bei der Sektion wurden auf der Pleura und im Lungenparenchym Knoten gefunden, die Bauchhöhle enthielt etwa 500 ccm einer hämorrhagischen Flüssigkeit. Das Lebergewebe

Digitized by Google

war mit Ausnahme eines kleinen Restes vom linken Lappen durch eine Neubildung substituiert, die sich in Gestalt von solitären oder confluierenden Knoten repräsentierte; ihre Konsistenz war derb bis knorpelhart. Der Pankreaskopf war von dem Neoplasma vollständig zerstört, das Colon transversum mit dem Tumor verwachsen; an der hinteren Fläche des Magens wurden zwei kleine Knoten konstatiert. Bei der histologischen Untersuchung erwies sich die Geschwulst als karzinomatös. Bemerkenswert ist der Umstand, daß, trotzdem nur ein verhältnismäßig kleiner Abschnitt der Leber von dem Tumor verschont geblieben war, die Gallensekretion dennoch fortbestand, wie durch die mikroskopische Analyse der Darmentleerungen nachgewiesen werden konnte. Von Interesse ist auch die Anamnese des Kindes: vom ersten Lebensmonate an bekam es gemischte Nahrung und litt lange Zeit hindurch an Durchfällen; seit einem Alter von 9 Monaten begann man ihm erst wöchentlich, dann aber bedeutend öfter je $^1/_4$ Gläschen Schnaps darzureichen; Appetitlosigkeit, Auftreibung des Leibes und die Anwesenheit einer Geschwulst wurden in seinem 17. Lebensmonate bemerkt.

A. Dworetzky (Moskau).

A. Wolkowsky. Ein Fall von Lebercirrhose im Kindesalter.

(Djetskaja Medizina 1902 No. 3.)

Die Lebercirrhose ist im Kindesalter eine äußerst seltene Erkrankung. Ein derartiger Fall wurde in der pädiatrischen Klinik der Universität Tomsk beobachtet. Die bei dem 9jährigen Mädchen in den Vordergrund tretenden Erscheinungen setzten sich aus einer beträchtlichen Leberhypertrophie, einem bedeutenden Ascites, Vergrößerung der Milz, Entwickelung von Venenanastomosen in der Bauchhaut, Knöchelödem und Verminderung der Harnmenge zusammen. Aus der Anamnese ist hervorzuheben, daß das Mädchen sehr lange Zeit hindurch an wiederholten und hartnäckigen Anfällen von Malaria litt, so daß Chinin nicht mehr half und zu Arsen gegriffen werden mußte. Außerdem ist noch hinzuzufügen, daß die Kranke seit 4 Jahren tagtäglich 2—3 Gläschen Portwein oder auch Schnaps zu trinken pflegt. Der anfänglich zu therapeutischen Zwecken verordnete Wein wurde der Kleinen so sehr zum Bedürfnis, daß ihre Eltern sich genötigt sahen, ihn ihr regelmäßig zu beschaffen. Die erste Frage, welche die Patientin bei ihrem Eintritt in die Klinik tat, war die, ob sie hier auch Wein bekommen werde. Man muß also annehmen, daß auf das Auftreten der Lebercirrhose zwei ätiologische Momente eingewirkt haben: der Alkoholismus und die Malaria. Die Behandlung bestand in der Darreichung von Kalomel, 2mal täglich à 0,03. Nach 5tägigem Gebrauch wurde eine Pause von 2 Tagen gemacht und dann mit denselben Gaben fortgesetzt. Der Effekt der Kalomeltherapie war ein schneller und in die Augen fallender. Trotzdem Leber und Milz in statu quo blieben, verließ doch die Patientin nach 20 Tagen die Klinik in bedeutend gebessertem Zustande.

A. Dworetzky (Moskau).

Digitized by Google

Guiseppe Mya. Drei Fälle von Lebercirrhose im Kindesalter.

(Rivista di Clinica Pediatria No. 1 1903)

Verf. gibt zunächst einen Überblick über die verschiedenen Arten von Lebercirrhose, die im Kindesalter vorkommen können. Es sind dies die Alkoholcirrhose, die syphilitische, die durch Malaria verursachte Cirrhose, diejenige Form der Cirrhose, die infolge chronischer entzündlicher Vorgänge in den Gallengängen entsteht, ferner eine Cirrhose, die sich als Folge diffuser akuter Entzündungen der Leber darstellt, die Cirrhose, die durch Zirkulationsstörungen (Herzfehler) bedingt wird, sodann die Cirrhose im Verlaufe der Tuberkulose und schließlich die dyspeptische Cirrhose und diejenige, die sich als zweites Stadium der Bantischen Krankheit (Splenomegalie) präsentiert.

Verf. führt drei Fälle eigener Beobachtung an. In dem einen Fall fand sich die Cirrhose bei einem an subakut verlaufender eitriger Cerebrospinalmeningitis gestorbenen Kinde und zwar ergab die histologische Untersuchung, daß die cirrhotischen Veränderungen frischen Datums waren, Verf. glaubt, dass die Cirrhose in diesem Falle bedingt war 1. durch einen die Meningitis begleitenden entzündlichen Prozeß in der Leber, 2. durch eine Stase infolge der Behinderung von Atmung und Blutlauf, 3. zum größten Teil durch tiefgehende Zirkulationsstörungen in der Leber, durch die Struktur und Ernährung des Leberparenchyms geschädigt wurden.

Die zweite Cirrhose fand sich bei einem an Tuberkulose des Kleinhirns und frischer Tuberkulose der Lunge verstorbenen Kinde. Da sich weder an Peri-Endo- oder Myocard irgend welche Veränderungen fanden, so benutzt der Verf. diesen Fall als Beweis gegen diejenigen, die nur die kardiale Form der Cirrhose bei Tuberkulose anerkennen.

Im letzten Falle wurde die Cirrhose gefunden bei einem Kinde mit einer Darmperforation. Verf. glaubt, daß es sich hier in letzter Linie um eine Cirrhose dyspeptischen Ursprungs handelte. F.

L. Bartenstein. Die Lebercirrhose im Kindesalter.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1903 No. 6 u. 7.)

Der Aufsatz gibt unter Zugrundelegung der betreffenden Literatur ein übersichliches Bild über Wesen, Ätiologie, Symptomatologie, Therapie der kindlichen Lebercirrhose. Grätzer.

S. Middelton. Infant with great Enlargement of the liver and ascites.

(Glasgow medical journal, Oktober 1902, S. 209.)

Die kleine Patientin erkrankte im Alter von 15 Monaten mit Anschwellung des Leibes. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus war das Kind gut genährt aber blaß, es bestand starker Ascites, die Leber war stark vergrößert, die Bauchdeckenvenen waren stark ausgedehnt, besondere Klagen bestanden nicht; die Temperatur war

Digitized by Google

normal. Unter Zunahme des Ascites und der Leberschwellung verfiel das Kind immer mehr. Der Ascites mußte 22 mal punktiert werden, die Punktionen ertrug das Kind sehr gut, dieselben ergaben ca. 22,8 Liter Flüssigkeit. Die Leber erschien darnach vergrößert, ihre Oberfläche rauh, und ihr Rand hart und dick. Die Milz war nicht fühlbar. Mäßige Ödeme schwanden nach den Punktionen. Geringe pleuritische Ergüsse. Die Temperatur war leicht febril, nur vorübergehend betrug sie 39°. In den letzten 6 Wochen stellte sich eine Besserung des Allgemeinbefindens ein. Therapeutisch war die Anwendung von grauer Salbe ohne Erfolg; im wesentlichen bestand die Therapie in zweckmäßiger Ernährung und Punktion. Der Appetit war größtenteils gut. Der Stuhl war nur vorübergehend diarrhoeisch. Abgesehen von Alkoholismus des Vaters ließ sich ein ätiologisches Moment nicht finden. Das Herz war frei. Der Mißerfolg der grauen Salbe spricht nach M.s Ansicht gegen kongenitale Syphilis. Es bestehen keinerlei Anhaltspunkte für Lebercirrhose, das Fehlen von Gelbsucht spricht gegen die hypotrophische Form der Cirrhose. Der Fall gleicht einem von Musser beschriebenen.

Schreiber (Göttingen).

Th. Fischer. A case of Ascites due to Thrombosis of the hepatic veins.

(The Bristol medico-chirurgical Journal, September 1902, S. 209.)

Das 3jährige Mädchen war vor 5 Monaten an Keuchhusten erkrankt, seit einem Monat wurde die Anschwellung des Bauches bemerkt. Der stark ausgedehnte Bauch gab überall Dämpfung. Erweiterte Bauchdeckenvenen. Leberdämpfung begann im fünften Interkostalraum. Die Leber reichte 4 Finger breit über dem Rippenbogen nach abwärts. Milz nicht fühlbar. Lunge und Herz frei. Mäßige Ödeme an den Unterextremitäten. Wenig normal gefärbter Urin. Nach einer Punktion füllte sich der Bauch sehr schnell wieder; in den letzten 14 Tagen des Lebens bestand mäßiges Fieber. Die Autopsie ergab: Ikterus der Haut, Ascites, Muskatnußleber. Die teilweise granulierte Leber hatte eine Gewicht von 650,9 g. Thrombose der Lebervenen. Verschluß der beiden Lebervenen an der Eintrittsstelle in die Vena cava. Milz nicht vergrößert. Kulturen aus den Thromben ergaben Streptokokken (wohl terminale Infektion). Die Wände der zum Teil dilatierten Venen waren verdickt, an einzelnen Stellen fanden sich cirrhotische Veränderungen. F. erwähnt kurz noch zwei weitere Fälle und geht dann auf die Literatur ein. Als Ätiologie für die Thrombose kommen in Betracht Syphilis und Infektion.

Schreiber (Göttingen).

Paul Erdmann. Beiträge zur Kenntnis der kongenitalen Syphilis der Leber.

(Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 74, S. 458.)

Auf Grund eingehender anatomischer Studien an normalen und elf syphilitischen Lebern stellt E. drei Haupttypen von kongenitaler

Digitized by Google

Lebersyphilis auf. Die erste Gruppe betrifft abnorm große und schwere Lebern mit diffuser Zellinfiltration. Die Konsistenz ist normal oder weich.

Die Zellen sollen mit der blutbildenden Funktion der Leber in Beziehung stehen, werden als „Blutzellen", d. h. Mutterzellen von Blutelementen angesehen; die Zellinfiltration des Parenchyms in Lebern syphilitischer Kinder soll eine weit stärkere sein, als diejenige gleichaltriger normaler Kinder.

Der zweiten Gruppe gehören an: Abnorm große und schwere Lebern mit glatter Oberfläche und von derber Konsistenz. Allgemeine, diffuse, von Fall zu Fall an Stärke zunehmende Bindegewebswucherung mit oder ohne Bildung miliarer Gummen, teils mit, teils ohne Zellinfiltration. Endlich wird eine dritte Gruppe beschrieben, die folgende Merkmale aufweist: Etwas vergrößerte oder normal große Lebern mit glatter Oberfläche oder leichthöckeriger Oberfläche und von derber Konsistenz. Streifenförmige Bindegewebswucherung. Keine Infiltration mit blutbildenden Elementen.

Das Aussehen der Lebern der zweiten Gruppe war „feuersteinähnlich", die charakteristischste Veränderung lag in der diffusen Wucherung des interlobulären Stützgewebes.

In der letzten Gruppe betraf die Bindegewebswucherung mehr das Stützgewebe der großen Gefäße und der Leberkapsel.

Hugo Stark (Heidelberg).

Fr. Mraček. Die Syphilis der Mütter und der Neugeborenen.
(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 18.)

Sich auf die an einem reichhaltigen Material gemachten Erfahrungen stützend, das er in eingehenden Erörterungen verwertet, kommt M. zu folgenden Schlüssen:

1. Je früher die Frucht infiziert wird, desto größere Gefahr besteht für dieselbe.

2. Weder das Alter noch die Form der mütterlichen Syphilis läßt einen sicheren Schluß auf den Ausgang der Gravidität zu.

3. Bei nicht erwiesener Syphilis der Mutter (also möglicherweise paterner Infektion) fand sich von 11 Fällen 9mal Plazentarerkrankung, eine Erscheinung, die in der Frage der Art der paternen Übertragung sich zwar auch nicht entscheidend verwerten läßt, gewiß aber sehr bemerkenswert ist.

4. Die lange Jahre währende Übertragbarkeit der Syphilis der Mütter und die deletäre Wirkung derselben auf die Deszendenten fordern zur energischen Behandlung jeder, auch der latent syphilitischen Mutter auf.

5. Um eine generelle Übersicht zu gewinnen, ist es notwendig, dasselbe durch Fälle von syphilitischen Müttern, welche gesunde Kinder zur Welt gebracht haben und durch Fälle von frühzeitigem Abortus zu ergänzen.

Grätzer.


Digitized by Google

R. Matzenauer (Wien). Die Vererbung der Syphilis. Ist eine paterne Vererbung erwiesen?
(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 7.)

Aus der ungemein interessanten Arbeit heben wir folgende Stellen als besonders bemerkenswert hervor:

„Auf Grund meiner Recherchen kann ich die überraschende Behauptung aussprechen, daß bisher keine Beobachtung vorliegt, bei welcher alle die Bedingungen erfüllt wären, die man von einer Ausnahme gegen das Collessche Gesetz verlangen muß: Es gibt keine Ausnahmen vom Collesschen Gesetz. Alle als solche in der Literatur bisher beschriebenen Fälle beruhen auf leicht nachweisbaren Irrtümern: 1. Entweder hat das von gesunden Eltern stammende gesunde Kind erst extrauterin Syphilis acquiriert und die eigene Mutter infiziert, oder 2. es war die Mutter selbst bereits vor der Geburt des Kindes syphilitisch und konnte daher ihre Krankheit auf das Kind vererbt haben (die vermeintlichen rezenten Syphiliserscheinungen der Mutter waren dann bereits Syphilisrezidive), oder 3. endlich sind die angeblichen Ausnahmefälle so mangelhaft skizziert, daß sie überhaupt keinerlei Garantie für die Richtigkeit der Beobachtung bieten: in fast der Hälfte aller Fälle geben die betreffenden Autoren nur an, daß sie gelegentlich einmal ein derartiges Vorkommnis beobachtet hätten, ohne aber überhaupt eine eingehende Schilderung zu bringen; und zwar sind das nicht etwa Autoren, deren Namen allein uns schon eine gewisse Garantie für die Richtigkeit der Beobachtung bieten würden; gerade von den großen, vielerfahrensten Syphilidologen von Weltruf, denen ein so wichtiges Vorkommen von prinzipieller Bedeutung schwerlich entgangen wäre, hat kein einziger einen Ausnahmsfall vom Collesschen Gesetz gesehen!

Es gibt also keine Ausnahmen vom Collesschen Gesetz: jede Mutter eines hereditär-luetischen Kindes ist ausnahmslos immun. Die Bedeutung dieser Erfahrungstatsache wurde seit jeher richtig gewürdigt und auch von den Anhängern der paternen Vererbung als der „schwerwiegendste Einwurf“ (Kassowitz) gegen die Annahme einer solchen betrachtet und vollauf erkannt“.

„Wir haben also zu gunsten des Profetaschen Gesetzes weder eine Analogie bei anderen Infektionskrankheiten, noch Beweise bei Syphilis speziell gefunden. Im Gegenteil spricht Theorie und Erfahrung gegen die Geltung desselben. Das Profetasche Gesetz ist heute nicht mehr aufrecht zu erhalten und muß fallen gelassen werden.

Die Erfahrungstatsache, daß syphilitische Mütter ihre gesunden Kinder in der Regel nicht infizieren, findet schon darin eine ungezwungene Erklärung, daß rezent syphilitische Mütter in der Regel syphilitische Kinder gebären, und daß gesunde Kinder in der Regel von Müttern stammen, welche selbst schon eine alte, latente oder in nicht infektiösen Erscheinungen sich äußernde Syphilis haben.

Daraus folgt aber weiter, daß auch die ganze, heute fast allgemein akzeptierte Theorie von Finger, wonach „Immunität (id est dauernde (!) Immunität) gegen Syphilis akquiriert

Digitized by Google

werden kann, ohne Syphilis selbst durchzumachen (1. wenn man Mutter wird eines vom Vater syphilitischen Kindes und der Infektion vom Vater und vom Kind entgeht, 2. als Kind syphilitischer Eltern, wenn man der Vererbung der Syphilis entgeht"), heute nicht mehr aufrecht erhalten werden kann und fallen gelassen werden muß.

Gegen die Annahme, daß die nach dem Collesschen Gesetz immunen Frauen bloß immun, aber doch wirklich gesund und nicht etwa latent syphilitisch seien, spricht:

1. daß in der gesamten Pathologie der Infektionskrankheiten und auch bei Syphilis speziell eine spermatische Vererbung der Krankheit selbst nicht zu erweisen ist, sondern eine Vererbung derselben immer nur von Mutter aufs Kind stattfindet.

2. daß bei Syphilis überhaupt keine nachweisliche Vererbung der Immunität stattfindet.

3. daß bei anderen Infektionskrankheiten die Vererbung einer dauernden Immunität überhaupt niemals vorkommt, sondern daß eine vererbte Immunität höchstens eine passive, rasch vorübergehende sein könnte.

Um die Bedeutung der dauernd bestehenden Immunität jener Mütter voll zu würdigen, müssen wir konstatieren, daß eine einmal überstandene Syphilis (mit wenigen Ausnahmen) Immunität für die Dauer des ganzen Lebens hinterläßt, und wir müssen andererseits zugestehen, daß eine dauernde Immunität immer nur dann zu finden ist, wenn das betreffende Individuum schon früher Syphilis überstanden hat.

Da es einerseits eine Vererbung einer dauernden Immunität nicht gibt, und da andererseits jede auch anscheinend gesunde Mutter eines hereditär luetischen Kindes ausnahmslos dauernd immun ist, muß folglich auch jede anscheinend gesunde, aber immune Mutter selbst (latent) syphilitsch sein.

Da es also schließlich keine hereditäre Syphilis ohne Syphilis der Mutter gibt, und da andererseits von einer syphilitischen Mutter die Krankheit zweifellos vererbt werden kann, so folgt daraus, daß wir eine Vererbung der Syphilis in jedem Fall von einer syphilitischen Mutter ableiten können und die Hypothese einer paternen Vererbung nicht anzunehmen brauchen.

Die Konsequenzen für die Praxis ergeben sich von selbst:

1. Die Mutter eines syphilitischen Kindes muß, auch wenn sie keine Symptome bietet, mit Quecksilber behandelt werden.

2. Die Mutter eines syphilitischen Knaben kann entsprechend dem Collesschen Gesetz ungescheut ihr Kind selbst stillen.

8. Die syphilitischen Eltern eines gesunden Kindes können möglicherweise ihr Kind infizieren.

4. Ein syphilitischer Mann soll, um die Infektion seiner Frau zu vermeiden, nicht vor Ablauf mehrerer Jahre seit seiner Infektion und nicht ohne mehrfach wiederholte Quecksilberbehandlung in die Ehe treten.

Grätzer.

Digitized by Google

J. Wisniewski (Warschau). Beitrag zur Syphilis der Kinder.

(Nowiny lekarski 1903 No. 3.)

Verf. bespricht die Syphilis des Kindesalters unter besonderer Berücksichtigung der Symptomatologie, ohne wesentlich Neues zu sagen.

Zum Schluß finden wir die bezügliche Statistik aus dem allgemeinen Ambulatorium des evangelischen Krankenhauses in Warschau. Verf. hat vom Dezember 1898 bis zum Oktober 1902 3360 Kranke aufgenommen. Darunter fand er 33 Fälle hereditärer Syphilis, was 1% ausmacht. Es waren 19 Knaben und 14 Mädchen. Das jüngste Kind hatte 2 Wochen, der älteste Patient war 26 Jahre alt. Es waren darunter: 3 Fälle von Pemphigus neonatorum: im 1., 10. und 22. Monat; 1 Fall Hutchinsonscher Zähne bei einem 1jährigen Kinde; eine gleichzeitige Affektion der Gehör- und Gesichtsorgane bei einem 3monatlichen Kinde; 1 Fall von Gumma palati ulcerosum bei einem Kinde von 3½ Monaten. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelte es sich um Ernährungsstörungen und Nasenkatarrh.

Szymanowski (Warschau).

D. D. Niculescu. Die Hutchinsonschen Zähne.

(Spitalul [rumänisch] 1902 No. 23—24.)

Nach eingehendem Studium betreffend diese Zahnveränderungen und Darlegung der verschiedenen Meinungen über das Zustandekommen derselben, gelangt N. zum Schlusse, daß dieselben in Verbindung mit anderen Zeichen von hereditärer Lues wohl dazu beitragen, diese Diagnose zu festigen, daß aber Hutchinsonsche Zähne allein noch keinen Beweis für die in Rede stehende Affektion abgeben, da auch andere krankhafte Einflüsse eine Störung in der Zahnernährung und in weiterer Folge diese Veränderungen der Zähne bewirken können.

E. Toff (Braila).

E. Fournier. Des dystrophies veineuses de l'hérédo-syphilis.

(Revue d'hygiène et de médicine infantiles, Tome I No. 1, S. 26.)

F. bringt hier verschiedene Beobachtungen von hereditär-syphilitischen Kindern, bei denen sich eigentümliche Erweiterungen der Venen des Kopfes finden (zum Teil mit Abbildungen). Er glaubt, daß diese Veränderungen auf einer Dystrophie der Venen auf syphilitischer Basis beruht, und führt als Beweis dafür eine Beobachtung eines syphilitischen Kindes an, bei dem sich eine allgemeine Erweiterung der Venen der rechten Körperhälfte fand. Diese venösen Veränderungen am Kopfe verschwinden, statt dessen werden bei Erwachsenen schon frühzeitig auftretende Venenerweiterungen an den Unterextremitäten auf syphilitischer Basis gefunden, wofür F. ebenfalls Beobachtungen anführt. Zum Schlusse folgt noch eine Polemik gegen verschiedene Angriffe, die seine Studien über heriditär-syphilitische Veränderungen erfahren haben. Er hält diese Veränderungen an den Venen für ein wichtiges Zeichen von hereditärer Syphilis.

Schreiber (Göttingen).

Digitized by Google

Lannelongue. Note sur la syphilis osseuse héréditaire chez les nouveau-nés (maladie de Parrot), chez les enfants et les adolescents, chez les adultes et les vieillards (maladie de Paget).

(Bull. de l'acad. de méd. 1903 No. 9.)

L. bespricht die Veränderungen, welche die heriditäre Syphilis am Knochensystem in den verschiedenen Lebensaltern bewirkt. Am bekanntesten sind die heriditär-syphilitischen Knochenaffektionen der Neugeborenen, weniger die des späteren Kindes- und des Jünglingsalters. Die hereditäre Knochensyphilis tritt hier in zwei verschiedenen Formen auf, einmal als Osteoperiostitis gummosa, die in der Regel auf einen Knochen lokalisiert bleibt, und sodann unter dem Bilde einer kontinuierlich fortschreitenden diffusen, fast immer ohne Eiterung verlaufenden Periostitis. Die letztere ist die typische Form des Knaben- und Jünglingsalters; sie beginnt nach dem 4. bis 5. Lebensjahr. Die Veränderungen können schließlich alle Teile des Skeletts betreffen und führen dann zu ganz denselben Deformitäten, wie sie der von Paget beschriebenen Ostitis deformans (Pagetsche Krankheit) der Erwachsenen eigentümlich sind. Auch die Pagetsche Krankheit stellt nach L. nichts anderes dar als eine heriditär-syphilitische Knochenerkrankung des späteren Lebensalters.

Schade (Göttingen).

J. Fick. Beobachtungen über tertiäre Lues in Prof. Ehrmanns Ambulatorium in Wien.

(Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 64 1903.)

Da die beste Verhütung der hereditären Lues eine gründliche Behandlung der erworbenen Krankheit ist, so werden die nachfolgenden Zahlen gewiß auch den Pädiater interessieren. F. widerlegt energisch die Gegner der Neisserschen intermittierenden Behandlungsweise. Von den vielen Schädigungen, welche diese Methode nach der Meinung der Symptomatiker hervorrufen solle, sei noch kein einziger Fall tatsächlich berichtet. Ebenso unbewiesen bleibe der Satz, daß die intermittierenden Kuren wegen der geringen Anzahl tertiärer Fälle überflüssig seien. In seiner nun folgenden Statistik des Luesmaterials des Ehrmannschen Ambulatoriums rechnet Verf. zu den tertiären Fällen nur typisch gummöse Prozesse. Ausgeschlossen bleiben maligne pustulöse, papulös ulceröse Lues, sowie Tabes, progressive Paralyse und Patienten mit Tubercula cutanea. Unter 1484 Syphilitikern fand Verf. 96 Tertiäre. Von diesen erfuhren 46 gar keine, sieben nachweisbar ungenügende Behandlung. Sechs hatten nur intern Pillen oder K. J. genommen. 15 Pat. waren in geringem Maße symptomatisch behandelt, 22 hatten eine einmalige gründliche Hg-Kur durchgemacht. Keiner von diesen Patienten hatte die intermittierende Methode angewandt. Hingegen waren alle im Sekundärstadium im Ambulatorium intermittierend behandelte Patienten bisher gesund geblieben. 511 von diesen befinden sich bereits 5—10 Jahre nach der Infektion. Über die Zeitdauer, welche zwischen Infektion und tertiären Symptomen

Digitized by Google

verlief, berichtet Verf. von 58 Fällen: 16 im ersten Lustrum, 19 im zweiten, 7 im dritten, 3 im vierten, je 6 im fünften und sechsten Lustrum, ein Patient bereits 30 Jahre nach Beginn der Erkrankung. Unter den tertiären Erscheinungen betrafen 47 Hautgummen, 14 Knochen und Periost, 18 Schleimhaut der Nase und des Rachens, 11 Sarcocele, 7 Nervensystem, 3 Muskeln, 2 Drüsen, 2 Leber und Milz. Auffällig war das frühe Erscheinen der Sarcocele in den ersten 5 Jahren, 7mal sogar in den ersten 14 Monaten der Erkrankung. Die Hg.-Behandlung im Ehrmannschen Ambulatorium wurde ausschließlich in Form von Einreibungen oder als Injektion löslicher Salze (Sublimat in 2%iger Lösung) ausgeführt. Max Joseph (Berlin).

George Lupescu (Gustav Weinberg). Die intramuskulären Injektionen von Sublimat in seltenen und massiven Dosen zur Behandlung der Lues bei Kindern.

(Inaugural-Disseration, Jassy, März 1903.)

Verf. hebt hervor, daß das Sublimat ein ausgezeichnetes Mittel für die Behandlung der Lues durch intramuskuläre Einspritzungen darstellt; dasselbe ist den unlöslichen Quecksilberpräparaten, welche in massiven Dosen schwere Zufälle bewirken können, vorzuziehen. Der durch die Injektion hervorgerufene Schmerz ist unbedeutend und verschwindet rascher als bei Erwachsenen, andererseits kann das Präparat mathematisch genau dosiert werden, die Wirkung ist eine schnell einsetzende, was namentlich bei schweren syphilitischen Affektionen von Wichtigkeit ist. Gewöhnlich genügen 3 bis 5 Einspritzungen, um die syphilitischen Symptome zum Schwinden zu bringen. Um Rezidiven vorzubeugen, sollen die Injektionsserien im Laufe der ersten 2 Jahre von Zeit zu Zeit wiederholt werden. Man macht die Einspritzungen alle 6—8 Tage und dosiert im Verhältnis zum Alter des Kindes.

Außer der spezifischen Behandlung soll auch eine nicht spezifische durchgeführt werden: hygienische Lebensweise, Luftwechsel, Bäder u. s. w. Die Nieren sollen überwacht und gleichzeitig auch eventuell parasyphilitische Affektionen behandelt werden. E. Toff (Braila).

Torretta. Über die subkutane Jodtherapie in der Kinderpraxis.

(Il Progresso Medico No. 18 1902.)

Verf. bediente sich zur subkutanen Anwendung des Jodipins und zwar gebrauchte er sowohl die 10%ige wie die 25%ige Lösung. Die Injektion wurde in die Glutaeen gemacht. Wie Verf. an der Hand einiger mitgeteilter Fälle zu zeigen sucht, hat er sich dieser Behandlungsmethode mit Vorteil bedient bei den verschiedenen Erscheinungen der Skrophulose, ferner in einem Fall von Periostitis der rechten Schulter, ferner in zwei Fällen kongenitaler Lues, wo Jodipin per os und subkutan zur Unterstützung einer Merkurialkur gegeben wurde. Ferner glaubt Verf., daß die Anwendung des Jodipins ihren Platz hat bei Broncho-Pneumonien mit verzögerter Lösung, bei

Digitized by Google

chronischen Bronchitiden, überhaupt bei allen Erkrankungen des Kindesalters, in denen Jod indiziert ist.

Man beginnt mit Injektionen von 1 ccm der 25%igen Lösung und kann bis auf 2—3 ccm steigen. F.

Ed. Hönigschmied. Weitere Mitteilungen über die Anwendung und Wirkung des Jodipins.

(Ärztl. Rundschau 1903 No. 19.)

H. hat schon mehrfach über seine mit Jodipin erzielten Erfolge referiert. Auch jetzt zeigt er, was er damit bei Erwachsenen und Kindern erreicht hat. Was letztere anbelangt, so beziehen sich die Erfolge zum Teil auf Fälle von Impetigo faciei, die durch Jodipin in kurzer Zeit geheilt wurden. So wurde das Leiden bei einem 4 Monate alten Kinde, das täglich einen Kinderlöffel voll 10%igen Jodipins erhielt (extern nur Zinksalbe) schon nach 8 Tagen gebessert, nach 14 Tagen geheilt. Nie zeigten sich Rezidive, nachdem die Affektion zur Heilung gebracht war, wozu meist 100 g Jodipin (10%) ausreichten. Auch bei Lues hereditaria bewährte sich das Präparat bestens, desgleichen bei skrophulösen Erkrankungen der Drüsen, Augen u. s. w., wo auch mitunter Jodipin subkutan injiziert wurde (25%). Sehr selten kommen Rezidive zur Beobachtung. So bei einem 13jährigen Mädchen mit skrophulöser Augen- und Nasenerkrankung. Auf 30 Injektionen à 15 g (25%) Jodipins war Pat. hergestellt; als sich später ein Rezidiv einstellte, bekam es intern 250 g (10%) Jodipin und wurde hergestellt. Auch bei Ekzemen leistete Jodipin die besten Dienste. Grätzer.

Edm. Saalfeld (Berlin). Über Thigenol.

(Therap. Monatshefte 1903 No. 4.)

Thigenol ist eine konzentrierte Lösung der Natriumverbindung der Sulfosäure eines synthetisch dargestellten Sulfoöls, in welchem 10% Schwefel organisch gebunden sind, eine dunkelbraune, dick syrupöse, geruchlose, in Wasser, verdünntem Alkohol und Glycerin völlig lösliche Flüssigkeit, die auf der Haut sehr rasch zu einer nicht klebenden, mit Wasser leicht abwaschbaren Decke eintrocknet. Thigenol wirkt bei äußerer Anwendung gefäßverengernd, daher anämisierend, entzündungsmildernd, resorptionsbefördernd und austrocknend. Es bewährte sich speziell außerordentlich beim Ekzem, auch bei kleineren Kindern. Fälle, die monatelang jeder anderen Therapie getrotzt, heilten auf $^1/_2$—1%ige Thigenolsalbe bezw. Thigenolzinkpasta rasch ab.

Auch bei anderen Hautaffektionen wurden recht günstige Erfolge erzielt, so namentlich bei Seborrhoe des Kopfes und Gesichtes, wo sich neben der Salbe auch Thigenol in Lösung (Wasser 1 : Spiritus 2) bestens bewährte, bei Lichen chron. simpl., Scabies, Congelatio.

Grätzer.

J. Silberstein (Wien). Thigenol als Ersatzmittel des Ichthyols.

(Ärztliche Central-Ztg. 1903 No. 3.)

Auch S. hat Thigenol als wirksames Mittel bei Ekzem (namentlich dem chronischen, schuppenden), Scabies, Akne vulgaris, als

Digitized by Google

vorzügliches Wundheilmittel schätzen gelernt. Intern bewährte es sich bei einem Falle von Bronchiektasie, bei chronischen Magendarmstörungen und in 2 Fällen von Chlorose; bei beiden chlorotischen Mädchen hatten die üblichen Eisenmittel fehlgeschlagen, während folgende Mixtur rasch half:

Rp. Thigenol 10,0
Alj. Menth. pip. 20,0
S. 3mal tägl. 30 Tropfen.

Grätzer.

M. Fasching (Krems a. D.). Über Jodoform-Kalomel-Behandlung.
(Wiener med. Presse 1903 No. 1.)

F. hat bei über 250 Fällen die glänzende antiseptische Wirkung dieses Gemisches kennen gelernt, das aber nicht gleich gemischt, sondern getrennt appliziert wird. Erst streut man mit einem Haarpinsel das Kalomel (via humida oder vapore paratum) ein, sodann zu etwa gleichen Teilen Jodoform; in Höhlenwunden reibt man die Pulver mittels einer mit steriler Watte oder Gaze umwickelten Kornzange oder Pinzette ein.

Bei frischen einfachen und Quetschwunden, bei Pararitien, Phlegmonen, Abszessen, Furunkeln, Bubonen, Karies u. s. w. hat sich diese Behandlung bestens bewährt. Bei vereiternder Lymphadenitis, sowie bei skrophulösen Lymphdrüsenabszessen wirkte das Mittel geradezu spezifisch. Besonders letztere gingen staunenswert zurück, die Menge des Sekretes nahm ab, die Wundhöhle füllte sich rasch mit Granulationen. Es schien sich aber auch durch Resorption eine günstige Einwirkung auf die Skrophulose überhaupt zu ergeben; die Patienten wurden blühender, nahmen an Gewicht zu u. s. w., die vergrößerten Drüsen gingen zurück. Die Narben erhielten eine schöne, glatte Beschaffenheit.

Gleiche Resultate bei Karies und tuberkulösen Knochenaffektionen.

Grätzer.

H. Schramm. Beitrag zur Kenntnis der Tuberkulose der Knochen und Gelenke am kindlichen Fuße.
(Wien. med. Wochenschr. 1903 No. 16—19.)

Unter 384 Kindern, die im Laufe von 16 Jahren wegen Fußerkrankungen in das St. Sophien-Kinderspital in Lemberg aufgenommen wurden, litten 200 an verschiedenen Formen der Tuberkulose. Je nach dem Sitze der Erkrankung teilt S. die Fälle in vier Gruppen ein. In die erste rechnet er die Tuberkulose der Zehen- und Mittelfußknochen, in die zweite die der vorderen Tarsalknochen (Kahnbein, Würfelbein, Keilbeine), in die dritte die des Fersenbeins ohne Mitleidenschaft des Sprunggelenkes, in die vierte die des Sprunggelenkes. Das Material betrug 62 Fälle der ersten Gruppe, 23 Fälle der zweiten, 17 Fälle der dritten und 98 Fälle der vierten Gruppe.

S. geht nun genau auf diese Fälle ein, charakterisiert sie, berichtet über die Resultate der Behandlung, die er auch durch Tabellen übersichtlich illustriert, und berichtet über einzelne besonders interessante Krankengeschichten.

Grätzer.

Digitized by Google

R. Lücke. Peritonitis tuberculosa traumatica mit Ileus. (Aus der chirurg. Abteilung des Krankenhauses Moabit in Berlin.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 18.)

Die Literatur bringt sehr wenig über durch Trauma veranlaßte Tuberkulose der serösen Häute: 3 Fälle, wo die Pleura primär affiziert erschien, nur einen Fall von Tuberkulose des Perikards, keinen von traumatischer Peritonaltuberkulose. Der von L. beobachtete Fall ist durch Inspektion in vivo und post mortem klargestellt.

Der 12jährige Knabe fiel beim Schlittschuhlaufen auf den Rücken, sein Genosse ihm, stolpernd, quer über den Leib, also — heftiger Stoß gegen den Leib. Sofort empfand der Verunglückte starke Leibschmerzen und erkrankte ganz akut unter den Zeichen eines schweren Unterleibsleidens, unter denen Ileuserscheinungen besonders hervortraten. Die 15 Tage nach dem Unfall an dem schon stark heruntergekommenen Pat. vorgenommene Laparotomie enthüllte eine diffuse tuberkulöse Peritonitis, die Sektion daneben eine Skrofulose mit käsiger Entartung besonders der mesenterialen und mediastialen Lymphdrüsen.

Sicher hatte hier das Trauma die Ursache der Infektion der Bauchhöhle mit den in den verkästen Mesenterialdrüsen lagernden virulenten Tuberkelbazillen abgegeben. Der Zustand des Peritoneums bei der Operation stimmte ziemlich genau mit den Angaben Baumgartens überein, welcher experimentell feststellte, daß die Entwickelung des Tuberkelknötchens bereits 3—4 Tage nach der Invasion beginnt, daß am 10.—11. Tage schon deutliche Entzündungserscheinungen vorhanden sind, und am zwölften bereits völlig ausgebildete Tuberkel. Die Operation war am 15. Tage nach dem Unfall, man könnte also hier mit ziemlicher Genauigkeit allein aus dem Befunde bei der Operation den Zusammenhang der Erkrankung mit dem Trauma nachweisen. Im Beginn der Erkrankung mußte man nach allen Erscheinungen zuerst an einen traumatischen Ileus denken, der ja nicht so selten ist. Weiter wurde an pathologische Veränderungen des Appendix gedacht, welche durch das Trauma angefacht, Ursache der dargebotenen Erscheinungen sein konnten. An komplizierende Tuberkulose des Bauchfells ließ die völlig fehlende Peristaltik denken, welche gerade bei Bauchfelltuberkulose oft angetroffen wird, ferner der rapide Kräfteverfall und die starke Abmagerung, welche den verhältnismäßig nicht sehr hochgradigen Ileussymptomen in ihrer Intensität nicht entsprachen, endlich die geringe Druckempfindlichkeit des Leibes. Letztere war auch differentialdiagnostisch gegen einfache nicht tuberkulöse Peritonitis zu verwerten, wie sie nach Trauma von Henoch (tritt gegen die Lende) und Kleist (12jähriger Knabe nach Sturz auf dem Eise) beschrieben sind. Gegen Tuberkulose hatten die Anamnese und der negative Befund der übrigen Organe gesprochen, nicht aber die Fieberlosigkeit, die bei Bauchfelltuberkulose mehrfach beobachtet worden ist.

Grätzer.

Digitized by Google

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte.

13. Versammlung (zu Solingen) am 3. Mai 1903.

Zunächst führt Herr Selter (Solingen) die Vereinigung in sein „Säuglingsheim ein: Nach kurzem Überblick über die Geschichte der Säuglingsheilstätten und der Erwähnung der Entstehung des Hauses, das ohne sachverständigen Rat, lediglich in dem Drange, wohlzutun, von der Stifterin erbaut sei und erst nachher von S. übernommen wurde, schildert derselbe kurz die Zwecke des Hauses, die sich meist mit denen der bisher bestehenden Säuglingsheilstätten decken (sittlichere Form der Ammenvermittlung, Ermöglichung der Brusternährung für Kinder unbemittelter Kreise; Ausbildung von Kinderpflegerinnen, Kontrolle des Ziehmutterwesens u. s. w.), dagegen durch Aufnahme von unehelichen Müttern mit ihren Kindern für wenigstens 3 Monate, durch Erziehung derselben in der Gesundheitspflege sowohl ihres eigenen Körpers als auch ihres Kindes über deren Ziele hinausgehen. Zum Schluß gibt S. einen Überblick über die im ersten Vierteljahr des Betriebes verpflegten Kinder und Mütter (im ganzen 42:23).

Die weitere Sitzung der Vereinigung fand darauf im Bethesdakrankenhause statt. Dort gibt S. zuerst eine kurze Schilderung der Schaffung von kleinen Spezialkrankenanstalten. Sodann demonstriert derselbe einen Fall von **vollständigem, einseitigem, angeborenem Fehlen der Bauchmuskulatur.**

Darauf demonstriert Herr Rensburg (Solingen) aus dem Material des letzten Jahres einige Erkrankungsfälle des Nervensystems:

1. **drei Hirnverletzungen.**

a) Verletzung mit einer Phiule, Verlust an Gehirnsubstanz in Kleinäpfelgröße in der Gegend des hinteren Stirnhirnes bis auf die Centralwindungen. fünf Tage Bewußtlosigkeit, dann glatte Heilung, anfänglich totale halbseitige Lähmung, die sich zum Teil wieder zurückbildete, so daß der Junge den Fuß unter Hinken benutzen, ebenso gröbere Bewegungen mit der Hand ausführen kann.

b) Ein Gehirnabszeß nach einer perforierenden Verletzung in der Gegend der Bewegungszentren, mit vollständiger, halbseitiger Lähmung, Trepanation, Eröffnung und Drainage des Abszesses, vollständige Rückkehr der Bewegungsmöglichkeit.

c) Eine symptomlos in das Stirnhirn eingeheilte Flobertkugel.

2. Drei Fälle **angeborener, spastischer Lähmungen.**

a) 2 Kinder eines Potator strenuus; beide zeigen das typische Bild der von Little beschriebenen Lähmung (Steigerung der Reflexe, Fußklonus, Strabismus, Intelligenzdefekte, Hautreflexe normal): ein dritter Bruder mit gleicher Krankheit gestorben, sonst in der Familie keine Geistes- oder Nervenkrankheiten.

b) Ein 6jähriger Junge, der unfähig zu gehen, zu stehen und zu sitzen, einen bei Ablenkung der Aufmerksamkeit verschwindenden Spasmus sämtlicher Glieder zeigt. Bei Bewegungsversuchen ataktische Bewegungen; der Spasmus steigert sich bei diesen wesentlich; Sehnenreflexe eher abgeschwächt als lebhaft, kein Fußklonus, dagegen Hautreflexe stark gesteigert; eine einfache Berührung löst eine spastische Kontraitur des ganzen Körpers aus. Intelligenz ziemlich normal, Sprache unbeholfen, jedoch kann der Junge alles sagen. Die Diagnose bleibt zweifelhaft.

3. Eine **Athyreosis** im 18. Lebensjahre; durch 5 monatliche Thyreoidinbehandlung in der gewöhnlichen Weise beeinflußt. Wachstum in dieser Zeit 10 cm.

Herr Heimann (Solingen) demonstriert alsdann einen **Tumor des Mediastinum anticum**, der Leiche eines 3jährigen Mädchens entnommen, der klinische Erscheinungen von seiten des Respirations- und Zirkulationsapparates geboten hatte. Die ersterwähnten auch zuerst beobachteten Respirationsstörungen bestanden in Atemnot bei körperlichen Anstrengungen, sowie im Auftreten von Stridor beim lauten Schreien. Daneben hatten sich Ödeme der Brust- und Gesichtshaut sowie Erweiterung der Brusthautvenen eingestellt. Außerdem waren beträchtliche Anschwellungen der dicht oberhalb der Clavicula gelegenen Halslymphdrüsen zu bemerken. Anatomisch handelte es sich um einen zur Gruppe der Lymphosarkome gehörigen sehr weichen Tumor, der zur Kompression der Trachea und des rechten Bronchus geführt hatte und einmal in die Lunge am Hilus hineingewachsen war und weiter zu lymphomatöser Umwandlung des dem Herzbeutel aufliegenden Fettgewebes geführt hatte.

Digitized by Google

Im Anschlusse an diesen Fall berichtet H. über die im Mediastinum anticum vorkommenden Geschwülste und deren Ausgangspunkt, sowie über die sich in der Literatur findenden Anhaltspunkte zu Bestimmung des Ausgangspunktes der Lymphosarkome. Zum Schlusse macht er auf die Unhaltbarkeit der Annahme einer mechanischen Einwirkung der Thymus auf die Trachea und dadurch herbeigeführten Tod aufmerksam, wenn in solchen Fällen eine Verengerung der Trachea nicht erwähnt wird.

Herr Paffenholz (Düsseldorf) trug hierauf ein Sammelreferat: **Über Ätiologie und Pathologie der Magendarmkrankheiten des Säuglings** vor. Da es sich zu kurzem Referate nicht eignet, kann hier darüber nicht berichtet werden; es wird in extenso erscheinen. J. G. Rey (Aachen).

K. K. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Wiener klin. Rundschau No. 8—13 1903.)

Sitzung vom 6. Februar 1903.

Franz Mraček stellt einen 14½jährigen Knaben mit schwerer **Lues hereditaria** vor. Er weist neben der typischen Symptomentrias (Keratitis parenchymatosa, Hutchinsonsche Zähne, Schwerhörigkeit) noch eine schwere gummöse Syphilis des Rachens mit Perforation des harten Gaumens auf. Ferner sind noch Reste von Phalangeal- und Interphalangeal-Gelenksaffektionen in Form spindelförmiger Auftreibungen mehrerer Finger nachzuweisen. Die Mutter hat drei Abortus überstanden, sodann acht lebende, aber schwächliche und lebensunfähige Kinder geboren. Pat. ist das 12. Kind. Die Mortalität der Deszendenten beträgt daher 84 %. Die Mutter selbst gibt an, immer gesund gewesen zu sein; auch der Mann soll nach ihrer Angabe keinerlei Erkrankungen gezeigt haben. Erst nach 20jähriger Ehe, 2 Jahre nach der letzten Gravidität, traten gummöse Geschwüre an beiden Unterschenkeln auf. Sonst sind keinerlei Zeichen von Lues an der Frau zu konstatieren. Die Mutter wäre also, falls die Gummen nicht die latente Erkrankung bewiesen hätten, als gesund angesehen worden. Sie hat durch 20 Jahre ihre Syphilis latent an sich getragen.

Sitzung vom 13. Februar 1903.

Theodor Escherich demonstriert ein 14tägiges Kind, das neben anderen Mißbildungen (Defekt des Radius und des Kreuzbeines, Caput obstipum, angeborene Hüftgelenksluxation, Klumpfuß u. s. w.) noch einen haselnußgroßen, roten Tumor des Nabels aufweist. Derselbe ist von Schleimhaut überkleidet und an der Basis leicht eingeschnürt; in seiner Mitte findet sich eine Öffnung, durch welche die Sonde 2 cm tief eindringen kann. Es handelt sich um **Prolaps und Geschwulstbildung eines Meckelschen Divertikels.**

Vortr. demonstriert ferner 2 Kinder (6 und 8 Jahre alt) mit **Bleilähmung.** Der Vater ist Drechsler und glättet die Stöcke mit Kremserweiß. Beide Kinder weisen die für das Kindesalter charakteristische Form der Vergiftung auf: Beginn mit Peroneuslähmung, erst viel später die Radialislähmung, Bleisaum nicht an den Schneide-, sondern an den Backenzähnen. Erst spät Koliken, Obstipation und psychische Störungen.

Sitzung vom 20. Februar 1903.

Norbert Swoboda stellt 2 Fälle von **Spasmus nutans** vor, welche auf der von Raudnitz angegebenen Ätiologie beruhen: sehr dunkle, nur von einer Lampe erhellte Wohnung, so daß die Kinder gezwungen waren, stets nach dem einen Punkt hinzustarren. Beide Kinder (7 und 13 Monate) zeigen keinerlei Symptome von Rhachitis, auch besserte sich die Affektion auffallend durch Übersiedeln in eine helle Wohnung.

Max Kassowitz bemerkt, daß beide Kinder nach seiner Ansicht an Kraniotabes, also Rhachitis, leiden. Auch weist das 13 Monate alte Kind noch eine guldenstückgroße Fontanelle auf. Bezüglich des Zusammenhanges der Rhachitis mit Spasmus nutans erwähnt Kassowitz die Tatsache, daß Spasmus nutans genau dieselben Freqnenzschwankungen aufweise wie die Rhachitis.

Digitized by Google

Sitzung vom 27. Februar 1903.

Katholicki (Graz) demonstriert einen Burschen mit einem **Lymphangioma cavernosum** des linken Armes bis zum Ellbogen und der Hand. Die Neubildung ist so maligen, daß sie die Weichteile und die Knochen der Hand bis auf wenige Reste zum Schwund brachte. Man kann durch Druck die Lymphe aus den Hohlräumen entfernen, so daß ein leerer Hautsack mit den Formen des Armes und der Hand zurückbleibt. Die Geschwulst hat sich angeblich im Anschluß an einen Schlag mit einem spanischen Rohr auf den Arm entwickelt.

Richard Paltauf betont die Seltenheit des Vorkommnisses, daß eine Lymphgefäßgeschwulst sogar den Knochen usurieren kann; wahrscheinlich findet im Knochen derselbe Prozeß der Neubildung und Vergrößerung vorhandener Lymphgefäße statt.

Auch Anton Freih. v. Eiselsberg betont die Seltenheit des Falles. Therapeutisch komme nur die Ablatio der Hand in Betracht.

Max Kassowitz stellt 2 Kinder mit **Spasmus nutans** vor; beide Kinder leiden an Kraniotabes, wohnen aber beide in hellen Zimmern. Das zweite Kind hat auch früher an Laryngospasmus gelitten. Kassowitz konnte öfters das abwechselnde Auftreten von Laryngospasmus und Spasmus nutans beobachten.

Julius Zappert: Spasmus nutans ist sicherlich sehr häufig bei rhachitischen Kindern; doch folgt daraus noch nicht, daß Rhachitis die Ursache ist. Da die Kinder an Spasmus nutans erkranken, zu einer Zeit, wo sie beginnen, den Kopf dauernd aufrecht zu halten, so könnte dies vielleicht die Gelegenheitsursache abgeben.

Wilhelm Knöpfelmacher gibt zwar zu, daß alle an Spasmus nutans leidenden Kinder Rhachitis haben, doch tritt der Spasmus meist im 2. Lebenshalbjahre auf, wo die Kraniotabes im Abnehmen begriffen ist; die Schädelrhachitis kann demnach nicht die alleinige Ursache des Spasmus sein; auch die Theorie von Raudnitz (dunkle Zimmer) stimmt nur selten; ebensowenig die Ansicht von Zappert, da die Kinder mit 10 Monaten den Kopf schon ohne jede Ermüdung aufrecht halten können.

Max Kassowitz betont noch einmal den in der letzten Sitzung hervorgehobenen Zusammenhang von Spasmus nutans und Rhachitis, der sich in dem gleichen Verlauf der Frequenzkurven beider Krankheiten ausdrückt. Allerdings ist auch Kassowitz der Ansicht, daß neben Rhachitis noch eine andere Gelegenheitsursache bei der Entstehung des Spasmus beteiligt sein muß.

Sitzung vom 6. März 1903.

Josef Friedjung: Demonstration dreier Fälle der von ihm beschriebenen typischen Form der **Kinderhysterie**. Dieselbe besteht in kurzen Schmerzanfällen in der Magengegend, welche an Inkarzeration erinnern. Regelmäßig besteht bei solchen Kindern eine Diastase des Rectus abdominis, sowie hochgradige Überempfindlichkeit der Bauchdecken in der Mittellinie. Wahrscheinlich beruhen die Anfälle darauf, daß der Darm sich in die Rektusspalte einschiebt und daß hierbei bei der Überempfindlichkeit ein schmerzhaftes Gefühl ausgelöst wird. Anlegen von Heftpflasterstreifen und Tinct. Valerianae intern ist die wirksame Suggestivtherapie.

Sitzung vom 13. März 1903.

Norbert Swoboda stellt ein 11 monatliches Kind mit sogenannter **Elephantiasis congenita und partiellem Riesenwuchs** vor. Beide Glutealgegenden von der Crista ilei abwärts, das ganze rechte Bein und der linke Fuß sind enorm vergrößert durch eine diffuse, elastische, stellenweise derbe Geschwulst. Der Umfang des Beckens beträgt 54 cm, des rechten Beines 34 cm gegen 14 cm links. Die Mißbildung war schon bei der Geburt in verhältnismäßig gleicher Größe entwickelt und hat seither mit dem übrigen körperlichen Wachstum gleichen Schritt gehalten. Es handelt sich in diesem Falle um eine Kombination von partiellem Riesenwuchs mit einer großen Anzahl von papillären Hautgeschwülsten vom Charakter des Fibroma molluscum.

Ernst Finger stellt ein 15 jähriges Mädchen mit einer **Follicutitis exulcerans serpiginosa nasi** (Kaposi) vor. An beiden Nasenflügeln finden sich tiefe Ulcerationen mit grobzackigem Rand, gekörntem Grunde. Auf der entzündlich ge-

Digitized by Google

schwollenen Umgebung mehrere stecknadelkopfgroße, rosenrote, weiche Knötchen. Die Affektion ist sehr schmerzhaft, jedoch gutartig; Applikation einer 2%igen Borsalbe führt wesentliche Besserung herbei.

Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden.

Sitzung vom 25. Oktober 1902.

(Münchener med. Wochenschrift No. 51 1902.)

Herr Fritz Förster: **Über eine Epidemie von Streptokokkenerkrankungen.**

Die Epidemie spielte sich ab bei sieben von neun einen Haushalt teilenden Personen (Mutter, Kindermädchen und 5 Töchter im Alter von 5—11 Jahren, während Vater und Köchin verschont blieben). Sie dauerte $^1/_4$ Jahr, doch folgten nach 3 und 6 Monaten je ein einzelner Fall. Im ganzen waren es 18 Erkrankungen, und zwar zehn Anginen, eine schwere Koryza, drei Lymphangitiden und vier sonstige Hautaffektionen. Die einzelnen erkrankten verschieden oft, zeigten demnach eine ungleiche Disposition. Stets fanden sich Streptokokken, die aber für weiße Mäuse nie sich als virulent erwiesen. Die Epidemie verlief in 3 durch kurze Intervalle getrennten Absätzen, eingeleitet stets durch eine Hautaffektion, der Schleimhauterkrankungen in regelmäßigen Zwischenräumen folgten.

F. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse:

1. Streptokokkenaffektionen können beim Menschen epidemisch gehäuft auftreten.
2. Die häufigste Erkrankungsform dabei ist die Angina.
3. Unter gewissen Bedingungen erlangt der Streptococcus die Fähigkeit, direkt von Person zu Person anzustecken.
4. Die „spezifische Virulenz" erlangt er vermutlich durch gewisse Passagen durch den Menschen, vor allem rasch verlaufende Prozesse in der Haut und den Lymphbahnen.
5. Mit der Disposition lassen sich diese Epidemien allein nicht erklären. Die Virulenz für weiße Mäuse gibt keinen Maßstab für dieses spezifische Vermögen des Streptococcus.
6. Die Inkubationszeit bei derartigen Infektionen beträgt 3—3$^1/_2$ Tage.
7. Der hohen Infektiosität entspricht durchaus nicht immer eine besondere Schwere der hervorgerufenen Erkrankungen.

Sitzung vom 15. November 1902.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 2.)

Herr Baron: **Über endemisches Auftreten von exsudativen ulzerösen Anginen.**

In dem städtischen Findelhause zu Dresden sind Halsentzündungen, die in ihrem Aussehen der Diphtherie sehr ähneln, mit ihr aber nichts zu tun haben, häufige Erscheinungen. So waren von 132 Fällen von Anginen, die in den letzten Jahren beobachtet wurden, 24 katarrhalische, 31 lakunäre, 22 diphtherische und 44 ulzeröse. Die Zahl der letzteren scheint im Zunehmen begriffen zu sein, denn während 1900 nur sechs derartige Fälle vorkamen, sind 1901 deren 19 und auch in diesem Jahre bis Mitte November schon die gleiche Zahl beobachtet worden. In den beiden letzten Jahren ist ein deutliches gruppenweises Auftreten nachweisbar gewesen, obwohl die Krankheit an sich nicht so leicht von Person zu Person übertragbar zu sein scheint, sondern einerseits sehr innige Berührungen, wie z. B. bei Geschwistern, in Anstalten u. s. w., andererseits auch eine gewisse Disposition dazu erforderlich ist. Trotz einer nur unvollkommen durchführbaren Absonderung blieb die Mehrzahl der im gleichen Tage- und Schlafraum untergebrachten Kinder verschont und von den Erkrankten hatten ca. 30% bereits in der Anstalt Halsentzündungen, meist lakunärer Natur, überstanden, und bei 9 Kindern war ein wiederholtes Erkranken an nekrotischer Angina zu beobachten. Ebenso glaubt B., daß als ein Beweis für eine gewisse familiäre Dispositon zu Anginen das gleichzeitige oder kurz vorher oder nachher beobachtete Erkranken von 11 Geschwistern an Anginen, meist lakunären oder nekrotischen Charakters, anzusehen sein dürfte.

Die Erkrankung selbst trat bei völligem oder fast völligem Wohlbefinden der Kinder auf. Selten war Fieber und dann auch nur bis höchstens 38,5° vor-

Digitized by Google

handen. Mäßige oder fehlende Drüsenschwellung, kleine Schluckbeschwerden, negativer Harnbefund. In einer Anzahl von Fällen bestand Foetor ex ore, Salivation und bei 2 Kindern initialer Herpes labialis. Die weißgelben bis graubräunlichen, schmierigen Beläge hafteten ziemlich fest; bei gewaltsamer Entfernung blutete es leicht und stark, und ein höckeriger, mit ausgefressenen Rändern umgrenzter Geschwürsgrund trat zu Tage. Der Verlauf der Krankheit war meist ziemlich langwierig (bis 30 und 45 Tage) und Rekrudeszenzen und Rezidive nicht selten. Durch therapeutische Maßnahmen schien weder der Verlauf noch die Dauer in bemerkenswerter Weise beeinflußt zu werden, obwohl alle irgendwie angegebenen Mittel erprobt wurden. Ausgedehnte Defekte können nach Abheilen der Ulzerationen gelegentlich zurückbleiben (in einem Falle gänzlicher Verlust der Uvula bei einem 3jährigen Kinde). Was die Ätiologie betrifft, so waren die sonst angeführten Momente (Rachitis, Skrofulose, Syphilis, Unsauberkeit, schlechte hygienische Verhältnisse) sämtlich nicht vorhanden. Dagegen fanden sich in jedem Ausstrichpräparat bei der mikroskopischen Untersuchung der besonders durch die Arbeiten von Vincent, Bernheim, Abel u. a. bekannter gewordene Bac. fusiformis nebst seiner Begleiterin, der Spirochaetis denticola. Bezüglich ihres morphologischen Verhaltens entsprachen die Bakterien den Beschreibungen der übrigen Autoren; nur möchte B. hervorheben, daß der Bac. fusiformis stets deutliche wackelnde oder schaukelnde Bewegungen im hängenden Tropfen zeigte (entgegen den Angaben von Vincent, Niclot und Marotte und de Stöcklin). Das Gelingen der Geiselfärbung scheint weniger von der Methode als von gewissen noch unbekannten und daher jetzt noch dem Zufall überlassenen Momenten abhängig zu sein. Der Bac. fus. nimmt zwar die Gramsche Färbung an, entfärbt sich aber bei längerer Alkoholeinwirkung auch wieder, und aus diesem Verhalten sind daher jedenfalls die einander widersprechenden Angaben Vincents und Abels u. a. zu erklären.

Die Versuche, die betreffenden Bakterien zu kultivieren, fielen negativ aus, und erst in neuerer Zeit sind zwei Arbeiten erschienen, in denen über gelungene Züchtungen von Bac. fusiformis und Spirochäten berichtet wird. Dieselben widersprechen sich jedoch vollständig. Denn Niclot und Marotte haben dieselben aerob auf einem aus menschlichem Serum, Bouillon und Marmorekschem Streptokokkenserum bestehenden Nährboden gezüchtet und durch Einimpfung solcher Kulturen bei Meerschweinchen Abszesse erzeugt, welche die in den Kulturen vorhandenen Bakterien aufwiesen. Rist dagegen gibt an, daß Veillon und Zuber einen streng anaeroben Bac. fusiformis isoliert hätten. Derselbe unterscheidet sich jedoch von dem ersteren außer durch die Anaerobiose noch durch seine Unbeweglichkeit, sein Verhalten zu den Anilinfarben u. s. w. Es entsteht daher die Frage, ob es nicht zwei oder mehrere Stäbchen von der beschriebenen Form gibt, die morphologisch sich zwar sehr ähneln, biologisch aber große Unterschiede aufweisen.

Bezüglich des ätiologischen Zusammenhanges zwischen dem Auftreten des Bac. fusiformis und der Spirochaete mit der Angina exsudativa ulcerosa kann man nur Vermutungen aufstellen. Wenn diese Bakterien auch in anscheinend gesunder Mundhöhle hin und wieder gefunden werden, so wird die Annahme einer bestimmten ätiologischen Beziehung doch sehr gestützt durch die Beobachtung, daß bei dieser Art von Angina die betreffenden Bakterien in so auffällig überwiegender Zahl, oft sogar fast in Reinkultur auftreten und bei Anginen anderen Charakters ebenso regelmäßig vermißt werden. Auch das von Vincent geschilderte Verhalten in der Membran spricht für diese Auffassung. Die durch den Bac. fusiformis allein erzeugten Anginen sind nur exsudativ; erst durch das zahlreichere Hinzukommen der Spirachaete werden sie ulzerös.

Differentialdiagnostisch kann man sagen, daß bei einem mikroskopischen Bild von Spindelbazillen und Schraubenbakterien mit sehr großer Wahrscheinlichkeit die Mundhöhle Sitz der Erkrankung sein wird. Dagegen läßt sich nicht sagen, daß gerade die Tonsillen der Locus morbi sein werden, da man dieselben ulzerösen Prozesse auch auf der Wange, der Zunge u. s. w. vorfinden kann. Doch ist andererseits auch die Anschauung, daß die Vincentsche Angina nur eine auf den Tonsillen lokalisierte Stomacace sei, nicht haltbar, weil erstens das klinische Bild nicht übereinstimmt und zweitens bei sehr vielen ulzerösen Stomatitiden das charakteristische mikroskopische Bild fehlt. B. behauptet vielmehr, daß ebenso wie die mit Belägen einhergehende Angina auch die Stomatitis ulcerosa kein

Digitized by Google

einheitliches Krankheitsbild darstellt, sondern durch verschiedene Bakterienarten erzeugt werden kann, und daß eine dieser Arten der Bac. fusiformis mit oder ohne Spirachaeten ist.

Bei der Frage, ob bei Anwesenheit dieser Bakterien andere Krankheiten mit einiger Berechtigung ausgeschlossen werden können, kommen besonders Diphtherie und Lues in Betracht. Hinsichtlich der ersten kann man wohl sagen, daß es sich bei solchem Befunde mit sehr großer Wahrscheinlichkeit nicht um Diphtherie handeln wird, obwohl in einzelnen Fällen auch Diphtherie- bezw. Pseudodiphtheriebazillen gefunden worden sind. Es ist dies jedoch nur eine Mahnung, der vorläufigen mikroskopischen Untersuchung stets noch die bakteriologische folgen zu lassen. Auch bei zweifellos Syphilitischen hat man exsudative Anginen mit Bac. fusiformis gefunden. Doch glaubt B. nicht, daß man hieraus eine direkte Beziehung des Bac. fusiformis zu einer „Angina luetica" schließen kann, sondern erklärt die Fälle dahin, daß sich auf dem durch die Syphilis bezw. die eventuelle Inunktionskur vorbereiteten Boden eine Vincentsche Angina etabliert hat und zufällig auch gefunden worden ist.

Aus alledem ist ersichtlich, ein wie großes Interesse die durch diesen Bakterienbefund charakterisierten Anginen für den praktischen Arzt besitzen, wie nötig aber andererseits auch bei jeder mit Belägen einhergehenden Angina die mikroskopische und noch mehr kulturelle Untersuchung des Exsudats ist.

Diskussion: Herr Richard Graupner stimmt betreffs der Therapie mit dem Herrn Vortragenden überein, daß dieselbe meist überflüssig; mitunter nur nötigten subjektive Beschwerden und Fortschreiten des geschwürigen Zerfalls zum Eingreifen: Touchieren mit dem Höllensteinstift habe sich ihm dann bewährt. Beziehungen zur Syphilis habe er, gleich Herrn Baron, in den von ihm beobachteten Fällen nicht nachweisen können, und bei syphilitischen Ulzerationen der Tonsillen die betreffenden Mikroorganismen stets vermißt; wenn sie sich vielleicht bei Mandelaffektionen, wie sie syphilitischen geschwürigen Prozessen folgen können, mitunter nachweisen lassen, so fehle ihnen doch hier jede ätiologische Bedeutung.

Herr E. Schmorl hat bei Ulzerationen der Tonsillen vielfach mit gutem Erfolg Betupfen mit Perubalsam vorgenommen und empfiehlt, denselben in den angezogenen Fällen therapeutisch zu versuchen.

Herr Werther hat bei diphtheroiden Anginen bei Syphilitikern zwar meist den Bacillus fusiformis und Spirillen gefunden, mißt diesen Befunden aber nur eine sekundäre Bedeutung bei.

Herr Wolf kann die bakteriologischen Befunde des Herrn Baron in allem bestätigen, teilt aber nicht dessen Ansicht über den ätiologischen Zusammenhang, sondern hält sie für zufällige Ansiedelungen. Zu dieser Reserve bestimme ihn einmal und vor allem die geforderte Symbiose, die allein die Krankheit erzeugen könne; er kenne dazu in der Pathologie kein Analogon. Weiter aber sei der gleiche bakteriologische Befund auch sonst recht häufig auf normalen wie erkrankten Tonsillen erhoben worden, namentlich bei Syphilitischen; bei solchen habe er diese Tatsache auch bei eigenen Untersuchungen bestätigt gefunden. Ein ätiologischer Zusammenhang sei nach allen bisher vorliegenden Befunden noch nicht als erwiesen anzusehen.

Herr Graupner widerspricht dieser Ansicht und weist darauf hin, daß verschiedene Beobachter, vor allem Vincent selbst, Fälle anführen, in denen sich nur der Bac. fusiformis fand. Er selbst habe gleiches gesehen; derartige Fälle scheinen sich auch klinisch durch Ausbleiben der Ulzerationen auszuzeichnen.

Herr Baron hat auch von der Anwendung des Höllensteinstiftes keinen Erfolg gesehen, Perubalsam hat er bisher noch nicht erprobt. Die positiven Befunde bei Syphilis sind auch seiner Meinung nach nur von sekundärer Bedeutung Vielleicht schaffe die Syphilis in ähnlicher Weise einen günstigen Boden zur Ansiedelung, wie einfache Anginen, die bei seinen Kranken recht oft vorausgegangen waren. Den Einwänden des Herrn Graupner schließt er sich gegenüber den Ausführungen des Herrn Wolf an; er hebt weiter hervor, daß der Befund meist in Reinkultur gemacht werde, daß das anatomische Bild fast stets das gleiche, man treffe in einer mittleren Schicht meist beide Mikroorganismen, in einer dritten nur noch den Bac. fusiformis. Auch Züchtungs- und Impfversuche, soweit dieselben bisher überhaupt gelungen wären, sprächen für einen ätiologischen Zusammenhang.

Digitized by Google

Sitzung vom 21. März 1903.

Herr Friedrich Hänel stellt ein 8jähriges Mädchen vor, bei dem er **den durch Unfall verloren gegangenen Zeigefinger der linken Hand durch Überpflanzung der zweiten Zehe ersetzt hat.**

Es hatte sich um Verlust des Nagelgliedes und des größten Teiles des Mittelgliedes des Zeigefingers gehandelt. Die Operation wurde vor einem Jahre nach dem Vorbild des v. Eiselsbergschen Falles ausgeführt.

6. III. 1902. Anfrischung des Zeigefingerstumpfes, Durchtrennung der Zehe bis auf eine plantare Hautbrücke. Naht der Beugesehnen, der Knochen, der Strecksehnen, der Dorsalhaut; Fixation durch Gipsverband, der gut vertragen wurde.

18. III. Einkerbung der Hautbrücke.

22. III. Durchtrennung des letzten Restes.

Die Zehe war vollkommen angeheilt und zeigte auch in der Folgezeit keinerlei Zirkulationsstörungen. Später machte sich noch eine kleine plastische Nachoperation nötig.

Inzwischen ist die Gebrauchsfähigkeit des Fingers eine gute geworden. Die aktive Beweglichkeit des Endgelenkes ist allerdings gering. Die Innervation hat sich eingestellt, Berührung, Druck, Stich, Temperaturunterschiede werden deutlich empfunden.

IV. Neue Bücher.

Klinische Mitteilungen aus dem Kinderspital in Basel. Berlin 1903 Verlag von S. Karger.

Ein stattlicher Band, enthaltend vier interessante, im Jahrbuch für Kinderheilkunde erschienene Aufsätze, die hier als Separatabdrücke zu einem Ganzen vereinigt sind. Es sind dies: E. Hagenbach-Burckhardt, Über Pemphigus contagiosus, E. Wieland, Das Diphtherieserum, seine Wirkungsweise und seine Leistungsgrenzen bei operativen Larynxstenosen, E. Burckhardt, Über paroxysmale Hämoglobinurie, Armann, Die Behandlung des kongenitalen Klumpfußes an der Poliklinik des Baseler Kinderspitales. Wir kommen auf alle diese Arbeiten im referierenden Teile zurück. Grätzer.

A. Jacobi: **Therapeutics of Infancy and Childhood.** 3. Auflage. J. B. Lippincott Company. 1903. 560 Seiten. Philadelphia und London.

Das Buch des bekannten amerikanischen Pädiaters, dessen dritte Auflage vor uns liegt, zählt entschieden zu den besten Werken, die wir auf diesem Gebiete besitzen; ich möchte es bezeichnen als die Frucht einer sehr reichen Erfahrung, gepaart mit einer gewissenhaften Kritik. Dabei ist die gesamte Literatur bis auf die Neuzeit sorgfältig berücksichtigt. J. behandelt sowohl die inneren als die chirurgischen Erkrankungen des Kindesalters, einschließlich der Erkrankungen des Auges, der Ohren und der Haut. Die Diagnostik, Ätiologie sowie pathologische Anatomie ist nur soweit berücksichtigt, als es zum Verständnis der Behandlung nötig ist. Dem Ganzen voraufgeschickt ist ein Kapitel über Ernährung der kranken Kinder, der allgemeinen Therapie und der Krankheiten der Neugeborenen. Was mich besonders bei der Lektüre des Buches interessierte, ist der Umstand, daß sich unsere klinischen sowie poliklinischen Erfahrungen mit denen J.s decken. In einzelnen Punkten bestehen allerdings Abweichungen, so machen wir z. B. bei der Behandlung der Pneumonie, um nur eins anzuführen, ausgiebigen Gebrauch von Alkohol, den J. nicht empfiehlt. Ich bedaure, daß das Buch, soweit mir bekannt, nicht durch eine deutsche Übersetzung einem weiteren Leserkreise zugängig gemacht ist. Ich kann die Lektüre des Buches nur auf das Dringendste empfehlen. Schreiber (Göttingen).

V. Kleine Mitteilungen.

Soxhlets Nährzucker. In der Publikation A. Klautschs „Über Soxhlets Nährzucker“, d. Zeitschr. 1902 Heft 7 findet sich die Angabe, daß dieses Präparat eine Dextrin-Maltose-Milchzuckermischung sei.

Digitized by Google

Nach der sonst vorliegenden Literatur und meinen eigenen Untersuchungen ist das Präparat vollständig frei von Milchzucker und besteht nur aus Dextrinmaltose und Kochsalz. Dr. Söldner (Grünbach).

Der XI. Jahresbericht über die Tätigkeit des Neuen Kinderkrankenhauses zu Leipzig für das Jahr 1902 ist erschienen und enthält außer dem Verwaltungsbericht, erstattet von Mediz.-Rat Prof. Dr. Soltmann, die ärztlichen Berichte der Medizinalabteilung (Soltmann) und der Chirurg. Abteilung (Tillmanns).

Eine Kinderabteilung hat in seiner prachtvoll gelegenen, zu einem Kinderheim wie geschaffenen Heilanstalt Waldhof-Elgershausen Dr. Liebe eingerichtet. Es sollen Aufnahme finden schwächliche, „disponierte“ Kinder, die in die besten hygienischen Verhältnisse versetzt werden müssen, um nicht der Tuberkulose zum Opfer zu fallen, sowie leichtkranke, schon tuberkulöse Kinder. Durch hygienisch-diätetische Verfahren, Wasserbehandlung, Luftbäder u. s. w. soll ärztlicherseits auf die Kinder eingewirkt werden, während gleichzeitig dieselben einen Schulunterricht genießen, der sich von jedem Buraukratismus und Schematismus fernhält und dem Kräftezustand des einzelnen Kindes angepaßt wird. Knaben und Mädchen jeden Alters können Aufnahme finden.

Wissenschaftliche Berichte über „Puro“ ist eine elegant ausgestattete Broschüre betitelt, herausgegeben von dem Chem. Institut „Puro“, eine Vereinigung anderwärts publizierter wissenschaftlicher Aufsätze über diesen bekannten Fleischsaft, aus denen hervorgeht, daß letzterer auch von seiten medizinischer Autoritäten Anerkennung gefunden hat und verdient, in der Praxis reichlich verwendet zu werden.

Die Verabreichung von Chinin bei Kindern stößt meist auf Schwierigkeiten. Diese lassen sich nach Dr. Borde (Bordeaux) leicht überwinden, wenn man in folgender Weise vorgeht. Man mischt in einem Mörser Chinin. sulfur. 1 g mit Ol. Olivar. 8 g. 20 Tropfen enthalten 0,05 g von dem Chininsalz. Bringt man nun in einen zur Hälfte mit kalter (womöglich versüßter) Milch gefüllten Eßlöffel eine bestimmte Anzahl Tropfen dieser öligen Mixtur, so bildet sich in der Mitte der Milch und an ihrer Oberfläche eine Linse. Da jedes Chininteilchen nun in Öl gehüllt ist und wie eine kleine Pille über die feuchte Mundschleimhaut gleitet, schluckt das Kind den Inhalt des Eßlöffels ohne Widerstreben hinunter. Erst einige Sekunden später empfindet es einen leicht bitteren Geschmack, der jedoch rasch verschwindet und auch vermieden wird, wenn unmittelbar nach Verabreichung der Mixtur ein Schluck irgend einer Flüssigkeit getrunken wird.

(La Semaine méd. 1903 No. 9 — Therap. Monatshefte 1903 No. 5.)

Ein portativer, elektrisch beleuchteter Mundspatel, von Arthur Löwy (Berlin) konstruiert, verdient nach Dr. J. Ruhemann (Berlin) ein getreuer Begleiter des Praktikers zu werden, der gerade unter schwierigen Verhältnissen, z. B. bei unruhigen Pat., bei Kindern, bei Bettlägerigen, die Untersuchungen sehr vereinfacht und die Genauigkeit derselben erhöht. Der Spatel hat die Form des gewöhnlichen Glasspekulums. Im Inneren des aus sehr festem Glase gefertigten Spekulums, und zwar an der Spitze, befindet sich eine kleine, recht widerstandsfähige, elektrische Glühlampe, welche außer dem Hause durch ein in der Westentasche bequem unterzubringendes, in der Sprechstunde durch ein sehr großes, dauerhaftes Trockenelement gespeist wird. Bei Kindern ist es zweckmäßig, den Leitungsdraht, welcher einstöpselig ist, dann erst einzuschalten, wenn das Spekulum eingeführt ist, weil jene beim Erblicken des Lichtes den Mund gewaltsam schließen. Braucht man länger dauernde Beleuchtung, z. B. bei operativen Eingreifen, Inzisionen u. dgl., so tut man gut, die Stöpselöffnung des Trockenelements nach innen zu dirigieren, damit das Andrücken des letzteren an die Brustwand des Arztes das Herausspringen des Leitungsdrahtes verhindert. Die Lichtquelle ist so intensiv, daß es möglich ist, in völlig dunklem Raume bei geschlossenem Munde die Kieferhöhlen zu durchleuchten. Bei noch so langer Einschaltung der Lichtquelle tritt keinerlei Hitzewirkung ein. Das Spekulum, das sehr gründlich desinfiziert werden kann und nur 35 g wiegt, kann in einem Taschenmesseretui bequem in der Tasche getragen werden. Es dient bei Nachtbesuchen zugleich als Beleuchtungsmittel. (Deutsche Medicinal-Ztg. 1903 No. 27).

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

VIII. Jahrgang. 1. August 1903. No. 8.

I. Originalbeiträge.

Gratismilch- und Ordinationsanstalten für Säuglinge.

Vortrag, gehalten am 27. IV. 1903 am internationalen medizinischen Kongreß zu Madrid.

Von

Dr. **Ernst Deutsch** (Budapest).

(Schluß.)

Die wichtigste Aufgabe der Säuglingsordinationsanstalt ist es, der natürlichen Ernährung Propaganda zu machen, denn die Worte Variots sind sehr zu beherzigen: „l'allaitement maternel est ideal pour l'enfant en même temps qu'il est la satisfaction de l'un des instincts humains les plus respectables"; um dies zu erreichen, muß der Institutsarzt jede einzelne Mutter auf die Möglichkeit des Selbststillens strenge untersuchen, sie aufklären, daß die Muttermilch die zuträglichste Nahrung für den Säugling und die künstliche Ernährung nur ein gewagtes Experiment sei.

Ist die Milchsekretion eine nicht entsprechende, so möge der Arzt durch Aufbesserung der Nahrungsverhältnisse der Mutter (in unserem Institute durch Verabreichung einer größeren Tagesration von Milch, Verteilung von Anweisungen an die Volksküchen, Ordination der die Milchabsonderung befördernden (?) Mittel, wie Somatose, Plasmon, Tropon u. s. w.) zu fördern suchen, gelingt dies nicht, — was die wöchentliche Wägung zeigt — so ist „allaitement mixte" am Platze, eine Methode, die der ausschließlich künstlichen Ernährung unbedingt vorzuziehen ist. Dieselbe Methode ist bei Arbeiterinnen durchzuführen, die, wenn sie dazu gehörig angehalten werden, stets Muße haben, 3—4 mal täglich die Brust zu reichen; für die Zwischenzeit erhalten sie dem Alter des Säuglings entsprechende Milchmenge.

Endlich ist es Aufgabe des Arztes, bei Anwesenheit von Agalaktie (exceptioneller Zustand!) oder bei Kontraindikation des Säugens (als solche erkenne ich: Anomalien und Krankheiten der Mammae, Herzklappenfehler, Hysterie, Epilepsie, Psychosen, Tuberkulose, Gravidität an) die ausschließliche künstliche Ernährung anzuordnen.

In unserem Institute erhielten 144 Frauen Milch zur Hebung der Milchsekretion, bei 249 Kindern wurde „allaitement mixte", bei 464 ausschließlich künstliche Ernährung durchgeführt.

Mütter, deren Milchsekretion in jeder Beziehung eine entsprechende ist, sollen Anweisungen für den Zeitpunkt der Ablaktation (9 bis

Digitized by Google

11 Monate) bekommen. Die Ablaktation führen wir bei den uns zu diesem Behufe zugeführten und bei den Kindern unserer Anstalt, durch Darreichung gewöhnlicher Milch, Malzkakes, Beigabe von Fleischsaft Puro zur Milch u. s. w. durch. Entwöhnt wurden seit Bestand unserer Anstalt 356 Säuglinge.

Zum Wirkungskreis der Säuglingsordinationsanstalt gehört die regelmäßige Wägung der Kleinen; wodurch das Gedeihen der Kinder kontrolliert, die Ambition der Mütter geweckt wird. Um den Zwang der pünktlichen Abwägung, auf die Strauss sehr richtig bemerkt: „cette précaution n'est pas moins nécessaire que celle de la prise de température des nouvelles accouchées“, der Säuglinge durchzuführen, entziehen wir die Milch im Moment, wo die Mutter diese ihre Pflicht versäumt. Meiner Ansicht nach ist die wöchentliche Vorstellung (bei welcher außer dem Kind auch Saugflasche und -hütchen vorzuzeigen sind; in Fécamp besorgt die Anstalt selbst die Reinigung der Saughütchen) das richtigste Prinzip und nicht das zwei- und vierwöchentliche, wie dies andererorts durchgeführt ist. Schön und dem idealsten demokratischen Prinzip entsprechen die Verhältnisse in Fécamp, von denen Dufour in folgenden Worten gedenkt „Tous les enfants sont dèshabillés complétement et en commun, riches et pauvres, il n'y a pas de distinction, il n'y a plus là que des frères de lait“; in dieser Stadt besuchen nämlich die Mütter nahezu sämtlicher Gesellschaftsklassen mit ihren Sprößlingen das Institut.

Eine Kulturmission besorgt das Institut durch Gründung der Schule für Mütter. Nicht mit hochtrabenden Phrasen, sondern mit einfachen, leicht faßbaren Worten möge der ärztliche Leiter der Anstalt den Frauen die Grundideen der Kinderhygiene beibringen. G. Mocquot verzeichnet wunderschöne Erfolge auf diesem Gebiete; nicht nur Frauen, sondern auch Mädchen lauschten mit ungeteiltem Interesse seinen Lehren, und dieser sind nicht nur die sogenannten kleinen Leute bedürftig, auch die Töchter der besten Stände sollten sich diesem Studium mit Eifer hingeben — „on pourrait sans difficulté réduire la part faite à l'histoire d'Assyrie ou à la trigonomètrie pour faire une place à l'étude de la puèriculture“ (Cayrol-Blum), von welcher „puericulture“ Variot mit Recht behauptet, daß sie weniger betrieben wird als die Kunst der Tierzucht.

Diese Vorträge sollen in Druck gelegt in den weitesten Kreisen verbreitet werden. Diese Programme betreibt die „ligue contre la mortalité infantile“ in Paris und im neuen Säuglingshospital des Baron Rothschild sind Vortragsräume zu diesem Behufe eingerichtet. In der nächsten Wintersaison will ich diese Schule der Mütter auch in unserer Anstalt einführen und zugleich eine populär gehaltene Kinderhygiene unter allen Frauen verteilen.

Den Abriß, den ich mir für die Vorträge und für die populäre Hygiene gemacht, ist der folgende:

I. Natürliche Ernährung des Säuglings.

1. Jede Mutter, die zum Selbststillen ihres Kindes fähig ist und dies versäumt, begeht ein Unrecht gegen die Gesundheit ihres Kindes und gegen ihr eigenes Gedeihen.

Digitized by Google

2. Die künstlich ernährten Kinder haben weniger Widerstandskraft, wie die, die Muttermilch erhalten.

3. Das Stillen macht weniger Ungelegenheit, wie die Ernährung mit der Flasche.

4. Nur der Arzt ist berechtigt, der Mutter das Stillen zu untersagen.

5. Einen halben Tag nach der Geburt soll das Kind das erste Mal an die Brust gelegt werden. Wenn das Säugen in den ersten Tagen Schwierigkeiten macht, soll dies die Mutter nicht entmutigen — Übung macht den Meister!

7. In den ersten Lebenswochen wird der Säugling zwei-, später dreistündlich genährt, im zweiten Halbjahr erhält das Kind sechs Mahlzeiten täglich. Von 10 Uhr nachts bis 4—6 Uhr früh sollen Mutter und Kind ruhen.

7. Wenn der Säugling unruhig, ist das nicht immer Zeichen des Hungers; nasse Windeln, eine Falte in der Wäsche, Bauchgrimmen oder ein Schmarotzer können die Ursache bilden.

8. Wenn noch so wenig Muttermilch vorhanden ist, die ersten Lebenswochen soll dem Säugling dieser Genuß nicht entzogen werden.

9. Zur Entfernung des Kindspeches soll man keine Abführmittel gebrauchen.

10. Die Entwöhnung soll langsam, womöglich in kühler Jahreszeit im 9.—10. Monat mit verdünnter Kuhmilch und Suppe vorgenommen werden.

II. Künstliche Ernährung:

1. Das Hauptprinzip ist Reinlichkeit des Gefäßes und der Saughütchen auf dem die rein gewonnene Milch entweder in der, durch den Arzt vorgeschriebene Verdünnung, oder bei dem präparierten Milchsorten meistens nur in Quantitätsunterschied dem Alter gemäß verabreicht wird.

2. Die Überernährung bringt zwar einen starken Fettansatz hervor, doch ist die Widerstandskraft solcher Säuglinge gewöhnlich eine geschwächte.

3. Im ersten Lebenshalbjahr sind Kindermehle zu verwerfen.

4. Bei Erkrankung des Säuglings hole man schleunigst den ärztlichen Rat ein.

5. Der Mund der künstlich genährten Säuglings soll mittels abgekochtem Wasser und reinem Lappen gereinigt werden.

6. Der sogenannte Zummel ist schädlich.

7. Das richtige Gedeihen des Säuglings zeigt die Wage. Das normale neugeborene Kind hat ein Gewicht von 3300 g, die tägliche Zunnahme ist in den

Monaten	1— 2	25—30 g.
	3— 4	10—22 „
	5— 6	16—18 „
	7— 9	12—15 „
	10—12	6—12 „

III. Kinderzimmer.

1. Das Kinderzimmer soll groß, luftig, gut ventilierbar sein.

2. Temperatur 15° R.

Digitized by Google

3. Öfters und gründlich lüften.

4. Nachtgeschirr, nasse Windeln sollen nicht im Kinderzimmer stehen.

IV. Kleidung.

1. Reinlichkeit, Sicherung der Wärme, Freiheit der Bewegung.

2. Windeln sollen in entsprechender Menge vorhanden sein.

3. Im Zimmer soll der Säugling keine Haube tragen.

4. Nur im Falle des Säugens kommt das Kind ins Bett der Mutter.

V. Hautpflege.

1. Bad nie ohne Thermometer verabfolgen, 28° R. bei dem Neugeborenen, 26° R. am Ende des ersten Lebensjahres. Die Reinigung geschehe mit einem reinen Schwamm. Der Kopf wird durch Öl oder Vaseline von Borken befreit.

2. Wunde Flächen werden mit lauem Wasser gereingt und dann mit einem Streupulver versehen.

VI. Das auf die Luft bringen.

1. Der Neugeborene kann im Sommer gleich, im Winter zu 6—8 Wochen ins Freie geführt werden. Die Dauer des Spazierganges überschreite nicht im Anfang 1/4 Stunde.

2. Das Kind soll in den ersten Monaten horizontal getragen, dann abwechselnd auf einem und dem anderen Arme gehalten werden. Mit 9—10 Monaten soll das Kind herumkriechen, „Das-auf-die-Beinchen-stellen soll nicht forciert werden.

VII. Das Impfen.

1. Das Impfen ist unbedingt notwendig bei epidemiefreien Zeiten innerhalb des ersten Jahres, im Falle einer Epidemie auch in der ersten Lebenswoche.

Eine weitere überaus wichtige wissenschaftliche Aufgabe der Säuglingsordinationsanstalten ist eine praktische Versuchsstation für die verschiedenen Arten der künstlichen Ernährung. Wenn auch Stoffwechselversuche, die als das eigentliche Kriterium zur Beurteilung des Wertes eines Nährstoffes angesehen sind, bei diesen Anstalten nicht durchzuführen sind, so ist andernteils der Erfolg der zeitlich langen Durchführung des Fütterungsversuches von schlagendem Beweis. Auf diesem Wege kann man die Lieblingsidee von Biedert die Durchführung einer praktischen Versuchsstation für künstliche Ernährung realisieren. Meines Wissens sind in den bisherigen Anstalten überall einheitliche Ernährungsmethoden eingeführt, in der Budapester Anstalt waren wir die ersten, die mit verschiedenen Arten der künstlichen Ernährung Versuche anstellten, nämlich:

1. Ernährung mit unverdünnter roher Milch
2. Ernährung mit unverdünnter abgekochter Milch
3. „ „ verdünnter „ „
4. „ „ pegninisierter Milch
5. „ „ Székelyscher Milch
6. „ „ Odda und Milch

Digitized by Google

7. Ernährung mit Ramogen
8. „ „ Theinhardts Kindernährmittel
9. „ „ Löfflunds Nährzwieback
10. „ „ Tropon-Kindermehl
11. „ „ Soxhlets Nährzucker.

Die Erfolge dieser Fütterungsversuche sind mit Gewichtstabellen und Krankengeschichten versehen, teilweise schon in der ungarischen Fachliteratur erschienen, teilweise warten sie noch der Aufarbeitung.

In der heurigen Sommersaison will ich mit Buttermilch und Kellerscher Suppe Versuche anstellen, so daß wir mit der Zeit mit Cerny Keller sagen werden können, „daß es möglich wird, objektiv zu beurteilen, was von den bisher angegebenen Ernährungsmethoden genügend geprüft ist oder nicht, und was sie leisten." —

In der unter meiner Leitung stehenden Anstalt habe ich auch eine praktische Versuchsstation für neue Arzneimittel eingerichtet. Ich halte es für ein grosses Unrecht, wenn man auf Grund der Versuche an 2—3 Pat. eine ermutigende Parere über ein Präparat abgibt, daher auch die berechtigte Skepsis der meisten Praktiker gegen neue Arzneimittel. Spitäler und Ordinationsanstalten sollten es sich zur ernsten Aufgabe machen, rigoros durchgeführte Versuche mit neuen Präparaten den ärztlichen Lesepublikum vorzuführen. So weit es mein Material erlaubt, habe ich die mir zur Verfügung gestellten Arzneimittel geprüft und die Erfolge in der Fachpresse mitgeteilt. Bis heute machte ich mit 120 Präparaten Versuche. —

Die Notwendigkeit der Einrichtung von Säuglingsordinationsanstalten, unterstützt auch das Moment, daß nach dem ungarischen Regierungsbericht im Jahre 1901 57,34% der Kinder ohne ärztliche Hilfe gestorben sind, ähnliche Daten liefern die Statistiken anderer Länder. —

Unsere Anstalt versieht nicht nur Säuglinge, sondern alle kranken Kinder bis zum zehnten Lebensjahr, die der Milchdiät bedürftig sind, mit Milch.

Cornet sagt sehr richtig mit Bezug auf die Tuberkulosendiät: „Die Milch nimmt durch glückliche Vereinigung aller Nährstoffe (Eiweiß, Fett, Kohlenhydrate, Salz und Wasser) und ihre leichte Verdaulichkeit eine wichtige Stelle in der Diät ein." Im Deutschen Reiche starben während des Jahres 1894 an Tuberkulose 123904 Menschen. Der Betrag der Todesfälle an Lungenschwindsucht stellt sich pro mille der Bevölkerung bezw. in Prozenten sämtlicher Todesfälle im Kanton Genf auf 2,4 bezw. 11,7, in England auf 2,5 bezw. 11,5, in Bayern auf 2,2, in Frankfurt a. M. auf 0,4. In Ungarn starben im Jahre 1900 72467 an Tuberkulose. Zahlen, die die Aufnahme eines Kampfes auf allen Linien berechtigt.

Seit 1. August 1902 haben wir 16 tuberkulöse Kinder mit Milch versehen, außerdem erhielten sie Kreosot- und Lebertranpräparate, die Erfolge waren brillant. Die Ausdehnung dieser Gratismilchanstalten in dieser Richtung hätte eine riesige Bedeutung. In der Zukunft wollen wir eine direkte Kefirabteilung für Tuberkulöse einrichten. 178 Rachitiker und 11 mit skrofulösen Leiden Behaftete

Digitized by Google

erhielten von unserer Anstalt Milchrationen, außerdem Kinder mit solchen Krankheiten, bei denen absolute Milchdiät indiziert ist (Nephritiker, Kinder mit Ösophagusstrikturen — bei uns leider nicht selten) u. s. w.

Endlich erhalten in den Wintermonaten Schulkinder bis zu dem zehnten Lebensjahre früh und nachmittag je $^1/_4$ Liter Milch und eine Semmel. Die segensreiche Wirkung wird von den Schulmännern überall hervorgehoben — denn nicht nur „plenus venter non studet libenter!"

Ich glaube, man wird uns nicht mit Unbescheidenheit zeihen, wenn wir behaupten, daß unsere Anstalt ihre Vielseitigkeit betreffend als einzig bezeichnet werden kann. Wir versehen das Kind von der Geburt bis zum zehnten Lebensjahre mit Milch, deren Masse vom 16. November 1901 bis 1. März 1903 165364 Liter ausmachte, wir geben jedem Hospitale und jedem Arzt das Recht, uns Anweisungen für Milch zu senden und streben für die Zukunft Aufstellung von Filialen in sämtlichen Bezirken der Hauptstadt an, Versendung ins Haus durch Automobile für die Peripherie der Stadt.

Und es eröffnet sich noch ein weites Arbeitsfeld für unsere Institution. Neben dem Kinderschutz möchte ich ins Programm der Anstalt den Schutz der Mutter für eine Zeit vor und nach der Entbindung aufnehmen. Der Schutz der Schwangeren ist ein Kinderschutz „in utero" und die Unterstützung der Wöchnerin ist natürlicherweise auch von eminenter Wichtigkeit für den Säugling. Das Institut soll für die Nahrung der Frau in der letzten Periode ihrer Schwangerschaft und während der Zeit des Wochenbettes sorgen. Der Institutsarzt möge die Schwangere und die Wöchnerin mit gehörigen Ratschlägen die Kinderhygiene betreffend versehen und manchem folgeschwerem Mißgriff wird so aus dem Wege gegangen werden können.

Endlich möchte ich noch geräumige Trinkhallen (für den Sommer in Kolonadenform) für solche Säuglinge stiften, deren Mütter den Tag hindurch fern vom häuslichen Herd die armen kleinen Würmer unmündigen Kindern oder Greisen anvertrauen müssen. Dieser Zweig des Institutes könnte sich dann auch mit Wärterinausbildung beschäftigen.

Um all diesen Anforderungen nachzukommen, wäre es erwünscht, diese Institutionen zu verstaatlichen (wie ich es bei der Kinderschutzenquete im Ministerium des Innern im März 1903 vorgeschlagen habe), denn nur auf diesem Wege könnte man all den Aufgaben gerecht werden, denen die Anstalt vom idealern Standpunkte nachkommen sollte.

Literaturverzeichnis findet sich in H. de Rothschilds Werk „Bibliographia lactaria" vor. An dieser Stelle will ich denjenigen Autoren mit Dankbarkeit gedenken, die mir durch Rücksendung der Fragebogen meine Arbeit erleichterten.

Wien: T. Escherisch, A. Monti. Prag: R. Fischl, A. Epstein. Krakau: L. Jakubowsky. Berlin: O. Heubner, A. Baginski, H. Neumann, H. Finkelstein. Leipzig: O. Soltmann. Breslau: A. Czerny. Würzburg: M. Hofmeister. München: H. v. Ranke. Marburg: Schwarzkopf. Jena: Schultze. Paris: Josias, H. de Rothschild. Toulouse: Bézy. Montpellier: Baumel. Sheffield: J. W. Martin. Newcastle on Syre: R. Ranken Lyle.

Digitized by Google

Edinburgh: A. B. Simpson. Geneva: R. Jemma. Torino: A. Muggia. Rom. C. Concetti. Basel: E. Hagenbach-Burchardt. Lausanne: A. Combe. Genf: E. Martin. Leiden: J. F. O. S. Veit. Jassy: Imerwol. Christiania: A. Johanessen. Madrid: F. Criadoy Aguilad. Zaragossa: P. Borobio y Diaz. Toronto: H. J. Machell. Quebec: R. Fortier. New York: P. A. Morrow: Minneapolis: T. S. Roberts. Baltimore: W. D. Booker. Boulder: G. Cattermole. Montreal: Cameren. Boston: T. M. Rotch. Philadelphia: J. P. G. Griffith. Pittsburg: A. Dranga.

II. Referate.

Francesco Franzi. Klinischer Beitrag zum Studium der Rigaschen Krankheit.

(Archiv. di Patologia e Clinica infantile 1902 No. 5.)

Verf. schließt sich auf Grund zweier von ihm beobachteter und hier mitgeteilter Fälle der Ansicht seines Lehrers Guida an, daß die sogenannte Rigasche Krankheit — man kann sie wohl am besten bezeichnen als Bildung einer von tumorartigen Granulationen umgebene Ulceration am Frenulum linguae — keine Krankheit sui generis ist, sondern nur die Folge des beständigen Saugens an einer milchleeren Brust. Sie heilt — ohne jede lokale Behandlung —, sobald das Kind mühelos und genügend trinken kann. F.

Francesco Orta. Über Rigasche Krankheit.

(Archiv. di Patologia e Clinica infantile 1903 No. 1.)

Verf. berichtet über 3 Fälle. In allen fehlen die unteren Schneidezähne, die Milchsekretion bei den Müttern nur ungenügend, es bestand ein Magendarmkatarrh, er konnte während der Periode, in der die sublinguale Geschwulst geschwürig zerfiel, Bacillus coli nachgewiesen werden. Zwei von den mitgeteilten drei Fällen verliefen tödlich. Verf. ist der Ansicht, daß die Entstehung des sublingualen Tumors gleichzeitig auf eine Darminfektion und auf die ungenügende Milchsekretion zurückzuführen sei, infolgedessen der Säugling gezwungen ist, mit großer Anstrengung zu saugen. F.

Emanuel Grande. Über einen Fall von Rigascher Krankheit. (Produzione sottolinguale.)

(Archivio di Patologia e Clinica infantile 1903 No. 6.)

Mitteilung eines Falles, in welchem Verf. als Grund für die Entstehung der Krankheit ansieht, daß das Kind fortwährend an der Brust lag und seine Zunge infolgedessen eine übermäßige Anstrengung leisten mußte. Der Ernährungszustand des Säuglings war von Anfang an ein guter: der sublinguale Tumor verschwand ohne therapeutische Eingriffe. F.

Digitized by Google

Houssay. Aphtöses Fieber.

(Arch. de méd. des enfants, März 1903.)

Fieberhafte Aphten sind bei Kindern ein häufiges Vorkommnis und weist H. darauf hin, daß dieselben ansteckend und wahrscheinlich von an aphtösem Fieber leidenden Tieren übertragen werden. Man soll also in Fällen von Epizotien die nötigen prophylaktischen Maßnahmen ergreifen. Auch wäre durch sukzessive Einimpfungen bei Tieren die Gewinnung eines Immunisierungsserums anzustreben.

E. Toff (Braila).

Cappuccio. Über das Pfeiffersche Drüsenfieber.

(La Pediatria 1902 No. 9.)

Verf. gehört zu den Autoren, die der von Pfeiffer als Drüsenfieber beschriebenen Krankheit die Berechtigung abstreiten, als morbus sui generis zu gelten. Sie gehört vielmehr nach ihm zu der großen Reihe von Infektionen, die von der Schleimhaut der Mundrachenhöhle ihren Ursprung nehmen; daß sie sich konstant durch eine Anschwellung derselben Lymphdrüsenpartien manifestiert, hat seine Erklärung in anatomischen Gründen, indem in der Mehrzahl der Fälle es die Luschkasche Tonsille ist, in der sich die Infektionsträger zuerst ansiedeln. Letztere stellen nicht einen konstanten und wohl definierten Mikroorganismus der, sondern jeder Parasit der Mundhöhle kann diese Rolle übernehmen.

F.

Walter S. Mills. Tonsillitis Classifild as an Infectious disease.

(Medical News, den 24. Januar 1903.)

Aus klinischen Gründen muß man die Mandelentzündung als eine akute Infektionskrankheit mit örtlichen Erscheinungen auffassen. Ein spezifischer Erreger ist bis jetzt nicht gefunden worden. Einmaliges Überstehen disponiert zu neuen Attacken. Häufig geht das Leiden mit anderen Infektionskrankheiten einher, denen es darin ähnlich ist, daß es ein Inkubationsstadium besitzt und in derselben Weise wie jene einsetzt. Angina catarrhalis, Angina follicularis und Angina phlegmonosa sind sukzessive Phasen der nämlichen Affektion.

Die Angina ist für Schulkinder eine Plage und richtet mehr Schaden an als parasitäre Hautaffektionen.

Therapeutisch sind Bettruhe, flüssige Nahrung und milde Antipyretica anzuwenden. Lokal empfiehlt sich Gurgeln mit billigem Rotwein. Gegen Angina follicularis ist Phytolacca das wirksamste Mittel: man verordne eine 1 % ige Lösung tropfenweise 1—2stündlich zu nehmen. Bei beginnender Vereiterung leistet schwefeligsaurer Kalk in Dosen von $^1/_2$ Milligramm gute Dienste.

Leo Jakobi (New York).

Elena Manicatide. Ein neuer Fall von Angina mit Tetragenen.

(Spitalul [rumänisch] 1902 No. 22.)

Durch bakteriologische Untersuchungen wurden in den letzten Jahren von der großen Gruppe der mit Pseudomembranen einher-

Digitized by Google

gehenden Anginen, zahlreiche Abarten unterschieden, welche äußerlich zwar das klassische Bild der Diphtherie darbieten, in Wirklichkeit aber nicht der Einwirkung der Löfflerschen Bazillen, sondern derjenigen anderer Mikroorganismen zuzuschreiben sind. Dahin gehören die durch verschiedene Strepto- oder Staphylokokken, durch Pneumoniekokken, durch Bacterium coli, durch Bacillus fusiformis und Spirillen hervorgerufene Anginen.

Verfasserin hatte Gelegenheit einen Fall zu beobachten, welcher auf den ersten Anblick alle Anzeichen einer wahren Diphtherie darbot: Fieber, Schwellung der Hals- und Submaxillardrüsen, der Tonsillen, des weichen Gaumens, mit einem schmutziggrauen, adhärenten, pseudomembranösen Belag dieser Teile. Wischte man denselben weg, so erschien eine tiefe Ulzeration mit ziemlich regelmäßigen Rändern und zerklüftetem Grunde. Der Löfflersche Bazillus wurde aber weder mikroskopisch, noch in Kulturen gefunden. Hingegen zeigten die Pseudomembranen eine große Anzahl von tetragenen Kokken, und ist M. der Ansicht, daß dieselben als Krankheitsursache anzusehen wären.

E. Toff (Braila).

C. Baron (Dresden). Zur Kenntnis der Angina exsudativa ulcerosa (Angina Vincentii s. Angina diphtheroides).

(Archiv f. Kinderheilkunde Bd. 35, Heft 3 u. 4.)

Die Beobachtungen wurden gemacht an 38 Fällen von exsudativen Halsentzündungen nicht diphtherischer Natur, die als ulzeröse oder nekrotische charakterisiert waren. Die Kinder zeigten keine Temperatursteigerung, klagten weder über Halsschmerzen und Schlingbeschwerden, noch auch waren die Drüsen empfindlich oder geschwollen. Dagegen erblickte man auf den Mandeln mehr oder weniger ausgedehnte, unregelmäßig begrenzte Beläge von weißgelber bis graubräunlicher Farbe, schmieriger Beschaffenheit und rundlicher bis ovaler Form. Verschiedentlich konnte man auch auf dem Zäpfchen, zuweilen auch auf den Gaumenbögen derartige Flecken und Punkte sehen. Die Umgebung der Stellen war nicht auffallend gerötet oder geschwollen. Gewaltsame Entfernung der Beläge verursachte Blutung, der Geschwürsgrund war höckerig mit ausgefressenen Rändern. Sehr geringe Heilungstendenz. Durch therapeutische Maßnahmen scheint weder die Dauer noch der sonstige Verlauf der Krankheit in bemerkenswerter Weise beeinflußt zu werden. Nach dem Schwinden des Belages heilt die Ulzeration unter Hinterlassung einer weißlichen Narbe. Die Erkrankung ist zweifellos ansteckend.

Während bei Kulturversuchen nur Strepto- und Staphylokokken wuchsen, war das Ausstrichpräparat charakteristisch. Man findet gewöhnlich in Reinkultur zwei Mikroorganismen: eine Stäbchen- und eine Schraubenform. Das Stäbchen ist in der Mitte verdickt und nach beiden Enden hin zugespitzt (Wetzstein- oder Spindelform): Bacillus fusiformis. Er zeigt manchmal Diploformen, Winkelstellung und Vakuolen, nimmt die Gramsche Färbung an, entfärbt sich aber wieder bei längerer Alkoholwirkung; zeigt langsame, schaukelnde Eigenbewegung. Das zweite Bakterium, die Spirochäte, hat schlangen-

Digitized by Google

artige oder wellige Form; man findet auch Sechser-, Schleifenformen u. dergl. Es färbt sich nicht so intensiv als der Bazillus, verhält sich gegen Gram refraktär und zeigt auffallend rasche Bewegungen.

Ob zwischen dem Auftreten der exsudativ ulzerösen Halsentzündung und dem Vorkommen des Bacillus fusiformis und der Spirochäte ein ursächlicher Zusammenhang besteht, ist zur Zeit noch nicht zu entscheiden. In diagnostischer Beziehung kann man wohl aus einem mikroskopischen Befunde von Spindelbazillen und Schraubenbakterien mit großer Wahrscheinlichkeit schließen, daß es sich um einen ulzeromembranösen Prozeß im Munde handelt und daß Diphtherie wohl nicht vorliegt. Sicherheit in letzterer Beziehung kann aber nur das Kulturverfahren bringen. Hecker (München).

C. Morero. Akute diphtheroide Angina.

(Rivista di Clinica Pediatria 1903 No. 3.)

Verf. teilt 3 Fälle mit, die ihrem klinischen Verlauf nach wohl für Diphtherie hätten gehalten werden können, bei denen aber die bakteriologische Untersuchung die Haltlosigkeit dieser Diagnose ergab. F.

E. Oberwarth. Primäre Angina gangraenosa bei einem Knaben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 N. 17 u. 18.)

Es handelte sich bei dem 12jährigen Pat. um einen reinen Fall idiopathischer primärer Angina gangraenosa, einer Affektion, von der bisher nur etwa 22 Fälle, meist aus dem Auslande, bekannt geworden sind. Der Knabe wurde zuerst 8 Wochen in der Poliklinik von H. Neumann, während der folgenden $5^1/_2$ Wochen bis zum Tode im Berliner städtischen Krankenhaus am Friedrichshain behandelt.

Der Fall war ein Beispiel für die Chronicität und das schubweise Auftreten der Krankheit, die hier in fünf verschiedenen, durch Pausen getrennten Etappen auftrat. Zuerst Schmerzen im rechten Ohr und rechter Halsseite, die von selbst schnell vorgehen. 2 Wochen darauf Hals- und Ohrenschmerzen links, die 8 Tage später so stark sind, daß sie den Pat. in die Poliklinik führen, wo Ulzerationen der linken Tonsille, des Gaumensegels und der Uvula festgestellt werden. Nach 10 Tagen haben sich diese Geschwüre gereinigt, die Beschwerden verloren, und es folgen 10 Tage des Wohlbefindens. Plötzlich wieder Halsschmerzen, diesmal rechts; zugleich auf der rechten Mandel eine weißliche Auflagerung. Nach 10 Tagen hat sich ein gangränöses Geschwür am oberen Pol der rechten Mandel entwickelt, fürchterlicher Fötor entsteht, stinkende Fetzen stoßen sich ab. Dieser Zustand dauerte 10 Tage, als sich auf der anderen Mandel eine neue gangränöse Stelle zeigt. Bald darauf entwickeln sich Petechien, die Milz schwillt an. Wieder 10 Tage später ist die Halsaffektion zurückgegangen, nur im Nasenrachenraum noch ein gelblichweißer Belag auf der rechten Seite. Wenige Tage darauf (vierter Anfall) entwickelt sich ein schwerer Zustand mit hohem Fieber, neuen Hautblutungen und Halsschmerzen links; Überführung ins Krankenhaus. Hier erholt sich Pat. bald, und

Digitized by Google

in den nächsten 4 Wochen geht es ihm bis auf vorübergehende Herzschwäche leidlich gut. Dann aber setzt die letzte, tödliche Attacke ein. An Unterlippe und Wange bildet sich ein schwarzer Knoten, es kommt zu einer großen Netzhautblutung, alsbald entsteht Gangrän der linken Mandel mit stinkendem Fötor, die Gangrän breitet sich aus, der Knoten in der Unterlippe zerfällt, und 10 Tage nach Beginn dieser letzten Etappe tritt der Tod ein. Jeder Anfall übertraf also den vorhergehenden an Intensität und Schwere der Beteiligung des ganzen Organismus.

Eine zweite für die Krankheit charakteristische Erscheinung bilden die Blutungen, die zahlreichen Petechien während der drei letzten Anfälle und die Netzhautblutung kurz vor dem Tode. Ferner wurden in der letzten Periode erhebliche Mengen geronnenen Blutes beim Räuspern aus dem Munde entleert, die offenbar den gangränösen Rachenpartien entstammten und als parenchymatöse Hämorrhagien aus den zerfressenen Tonsillen zu deuten sind. Schließlich wurden bei der Obduktion zahlreiche Hämorrhagien im Endokard, Perikard, Nierenbecken und in der Magenschleimhaut konstatiert.

Eine Eigentümlichkeit, die allerdings auch in der Literatur 2 mal erwähnt wird, bildete der auskultatorische Befund am Herzen. Wochenlang war während der drei letzten schweren Anfälle fast bei jeder Untersuchung ein lautes systolisches Geräusch zu hören, bald an der Basis, bald an der Spitze, am lautesten und konstantesten links neben dem Sternum. Die Sektion ergab Fettmetamorphose des Myokards und Hypertrophie des rechten Ventrikels, jedoch intakte Klappen. Die Herzgeräusche waren wohl Folge der Anämie oder der Schlaffheit des Herzmuskels. **Grätzer.**

Heubner. Eine Allgemeininfektion mit Soor.

(Verein f. innere Medizin in Berlin, 25. Mai 1903.)

H. berichtet über einen in mancher Beziehung dunkel gebliebenen Fall.

Ein 5/4 jähriges Kind erkrankte 4 Wochen vor dem Tode mit Blässe, Appetitlosigkeit, nach 14 Tagen stellte sich heftiger Schnupfen ein, wenige Tage vor dem Tode bot sich ein schweres Krankheitsbild dar, Pat. kam wegen eines Mandelbelages in die Diphtheriestation. Aber es fanden sich keine Diphtheriebazillen, keine Drüsenschwellung, keine Membranen, der Belag war auch nicht diphtherieartig, sondern trocken, bröckelig, nicht abstreifbar; nur mit dem scharfen Löffel ließ sich etwas entfernen, und da fanden sich Soorpilze. Die übrige Mundschleimhaut war frei davon. Es bestand hohes Fieber und schwere Allgemeinerscheinungen, und unter diesen, sowie schwerer Dyspnoe erfolgte der Exitus. Die Sektion ergab nur Pharyngitis gangraenosa und parenchymatöse Degeneration innerer Organe. Mikroskopisch fand sich an den Tonsillen hämorrhagische Nekrose, massenhaft Stäbchen, große Zellen und Verbände, ebenso in den Lymphgefäßen und in den Nieren wimmelte es ebenfalls von diesen kleinen Sproßverbänden. Von den Tonsillen wurden diese Zellen gezüchtet, es ergaben sich alle Charakteristica für Soor, und solchen anerkannte auch ein namhafter Botaniker. Tierversuche mit diesen Kulturen zeigten eine hochgradige Pathogenität.

Manches ist, wie gesagt, dunkel, doch erscheint die Annahme einer Allgemeininfektion mit Soor wohl gerechtfertigt, die von den Tonsillen ihren Weg in die Blutbahn nahm. In den Nieren fand

Digitized by Google

sich ja nichts anderes wie Soor. Wodurch die Nekrose der Tonsillen eintrat, bleibt dunkel; denn weder mit den Soorkulturen, noch mit den in den Tonsillen gefundenen Stäbchen konnte man Nekrose oder Gangrän erzeugen. Grätzer.

W. Mayer (Mannheim). Ein Fall von Pharyngitis gangraenosa, kombiniert mit Appendicitis gangraenosa.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 5.)

Die Tonsillarmembranen enthielten vorwiegend Streptokokken, der Bauchhöhleneiter nur Kolibazillen. Trotzdem ist M. der Überzeugung, daß zwischen beiden Krankheitsherden, die das 7jährige Kind aufwies, ein ursächlicher Zusammenhang bestand, und daß die Streptokokken zur Entzündung des Processus geführt haben, wo sie allerdings von den in unendlicher Menge vorhandenen Kolibazillen überwuchert wurden. Grätzer.

E. W. Mitchell. Amygdalitis followed by Appendicitis, Nephritis and Endocarditis.

(Archives of Pediatrics, März 1903.)

Pat., ein 11jähriges graziles Mädchen, wurde nach einer Angina tonsillaris von Appendicitis befallen. Sie wurde operiert, und es fand sich Eiter im Wurmfortsatz. Drei Tage später traten Erscheinungen von Nephritis auf. Es folgte daraufhin eine Endokarditis und endlich noch eine Pyelitis. Das Kind genas vollständig trotz alledem.

Es fragt sich nun, ob diese offenbar septischen Komplikationen ihre Infektionsquelle im Appendix oder im Rachen hatten. Verf. neigt sich zur letzteren Ansicht hin. Leo Jacobi (New York.)

M. Turnowsky (Marosvásarhely). Paralyse, Aphasie, Erblindung im Verlaufe des Keuchhustens.

(Wiener med. Wochenschrift 1903 No. 7.)

2½jähriges Kind mit mittelstarkem Keuchhusten bekommt anfangs der fünften Woche täglich einige Minuten lang dauernde Schüttelfröste mit nachfolgenden Temperaturerhöhungen (bis 38,9°). In großen Intervallen anfangs leises, später an Intensität und Dauer zunehmendes Zucken um die Mundwinkel und in der linken Gesichtshälfte. Am dritten Tage der fünften Woche plötzlich, aber nicht während eines Hustenanfalles oder unmittelbar nach einem solchen, allgemeine Konvulsionen, kolossaler Fraisenanfall von 8stündiger Dauer. Komatöser Zustand darauf 3 Tage lang, dann vollständige rechtsseitige Lähmung und Anästhesie, linksseitige Oculomotorius- und Facialislähmung, Aphasie. Dieser Zustand bleibt einige Wochen, darauf Exitus. Vorher war noch Trübung der Hornhäute, zentrale Perforation an der einen Seite mit Entleerung von Glaskörper und Linse eingetreten.

T. hat in der Literatur nur einen ähnlichen Fall finden können, den Leroux beschrieben. Auch hier halbseitige Lähmung der Extremitäten und Oculomotorius- und Facialislähmung der anderen Seite, auch hier meist während oder unmittelbar nach einem Anfall auftretend; auch hier zog sich der Zustand unter Somnolenz und Apathie

Digitized by Google

sehr in die Länge und endete nach Monaten tödlich. Doch fehlte hier die Aphasie und die Teilnahme der Augen an der Erkrankung. Was letzte Komplikation anbelangt, so mag wohl der Zusammenhang folgender gewesen sein: Infolge der allgemeinen Infektionskrankheit Choroiditis, im Anschluß daran Imbibition der Hornhäute mit septischen Stoffen und Erweichung. Aphasie nach Konvulsionen wurde schon mehrmals bei Keuchhusten beobachtet, immer traten aber die Konvulsionen plötzlich auf, unmittelbar nach einem heftigen Hustenanfalle, so daß man Hämorrhagien annehmen durfte. Im obigen Falle ist wohl schwerlich davon die Rede, da die Erscheinungen nicht so apoplektiform auftreten, sondern unter Fiebererscheinungen sich in die Länge zogen. Da bei dem Kinde auch von tuberkulöser oder luetischer Belastung keine Rede war, so muß man wohl an einen infolge direkter Einwirkung des Keuchhustentoxins entstandenen infektiösen Entzündungs- bezw. Erweichungsvorgang in der Gehirnsubstanz denken. Der Symptomenkomplex (Lähmung der rechten Extremitäten, des linken N. oculomotorius und facialis, Aphasie) zwingt zur Annahme einer multilokulären Herderkrankung. Grätzer.

George S. Brown. Operation in a case of entradural hämorraghe the result of Whooping cough.

(New York Medical Journal, den 25. April 1903.)

Ein 7jähriger Knabe, der seit 4 Wochen an Keuchhusten litt, fing an über heftigen Kopfschmerz in der Gegend der rechten Schläfe zu klagen. Es traten alsbald Somnolenz, Delirium, langsamer Puls, Fieber und Lähmung des linken Armes hinzu. Später linksseitige heftige Konvulsionen. Eine Blutung in der Gegend des rechtsseitigen motorischen Rindenbezirks wurde angenommen. Nun schritt man zur Operation. Der erste Versuch, das Blutgerinnsel zu finden, scheiterte. Eine zweite Probe führte zur Aufdeckung des vermuteten Gerinnsels. Es hatte die Größe einer Bohne und nach dessen Entfernung trat rasche Besserung sämtlicher krankhaften Erscheinungen ein. Die Wunden heilten per primam intentionem, und 10 Tage nach der Operation verließ der Junge das Hospital.

Leo Jakobi (New York).

M. Roques. Die Behandlungsmethoden des Keuchhustens.

(Inaug.-Dissert., Paris, November 1902.)

R. gibt eine historische Übersicht aller gegen Keuchhusten empfohlenen Medikamente und Prozeduren und gelangt zum Schlusse, daß derzeit ein spezifisches Medikament gegen diese Krankheit nicht existiert. Am vorteilhaftesten scheint noch folgendes Vorgehen zu sein: im ersten Stadium wende man eine einfache antikatarrhalische Behandlung an, im zweiten Stadium Belladonnasirup und Zimmeraufenthalt, später Bromkali; gegen Ende dieser Periode Luftwechsel und Ol. jecoris aselli. E. Toff (Braila).

Digitized by Google

Norbert Swoboda. Über die Behandlung des Keuchhustens mit Aristochin, einem neuen geschmacklosen Chininpräparat.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 10.)

68 behandelte Fälle, nicht kompliziert durch fieberhafte Erkrankungen. Säuglinge erhielten als Tagesdosis 3mal soviel Dezigramm als sie Monate zählten, größere Kinder 3mal soviel als Dezigramm, als sie Jahre zählten, doch wurde bei solchen im elften und zwölften Monat nie über 0,3 pro die, bei Kindern über 4 Jahren nur ausnahmsweise über 1,2 g hinausgegangen. Die Dauer der Behandlung betrug in der Regel 9 Tage. Durch 3 Tage wurde die volle Tagesdosis gegeben, dann durch 6 Tage die Hälfte. Ein 12jähriges Kind erhielt z. B. als volle Tagesdosis $2 \times 0,3 = 0,6$ g durch 3 Tage, denn 6 Tage nur noch 0,3 pro die, und zwar gewöhnlich auf 3 Portionen verteilt. So wurde das Präparat stets gut vertragen und machte keinerlei Nebenerscheinungen. Bei 50 % der Fälle beeinflußte es den Verlauf der Krankheit günstig, brachte rasche Besserung und Heilung in einem Stadium, in welchem dies spontan oder bei anderer Therapie nicht einzutreten pflegt; in einzelnen Fällen wurde sogar ein Idealerfolg erzielt, indem da, wo der Keuchhusten schon im Stadium catarrhale erkannt wurde, es gar nicht zum Stadium convulsivum kam. Jedenfalls ging aus den Beobachtungen hervor, daß die bei der Chininbehandlung des Keuchhustens erzielten Erfolge mindestens ebenso gut mit dem geschmacklosen und anscheinend von toxischen Nebenwirkungen freien Aristochin zu erzielen sind. Die Wirkung des Mittels zeigt sich aber in der Regel nur bei den zu Chininbehandlung geeigneten Fällen und läßt in vorgeschrittenen Stadien und bei den durch fieberhafte Erkrankungen komplizierten Fällen häufig im Stich. Grätzer.

W. Steckel (Wien). Zur Diagnose uud Therapie des Keuchhustens.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1903 No. 23.)

St. hat mit Euchinin glänzende Erfolge erzielt. Es gelang ihm damit den Verlauf des Keuchhustens wesentlich abzukürzen, ja das Leiden zu koupieren, wenn er das Mittel rechtzeitig anwenden konnte. Auf möglichst frühzeitigen Beginn dieser Behandlung kommt es sehr an; beginnt man aber damit rechtzeitig, dann wirkt Euchinin fast sicher; denn von 23 Fällen versagte es nur einziges Mal in einem nicht ganz klaren Falle bei einem Säugling. Man muß mit der Ordination möglichst in der ersten sogenannten katarrhalischen Periode einsetzen, da es dann meist gelingt, die Affektion auf 1—2 Wochen zu beschränken. Daß es sich in dieser Periode aber um Pertussis handelt, für diese Diagnose stehen uns einige Erkennungszeichen zur Verfügung: die merkwürdige Beschaffenheit des Harnes — derselbe erscheint auffallend blaß und hat hohes spezifisches Gewicht (1020—1035), eine Folge des großen Reichtums an Harnsäure — und der Umstand, daß die Kinder am Tage ruhig sind und in der Nacht zu husten beginnen; ein Husten, der sich nachts einstellt und bei dem sich objektiv nichts nachweisen läßt, ist immer Keuchhustens verdächtig. Beginnt die Behandlung mit Euchinin

Digitized by Google

in diesem Stadium, dann gelingt es häufig, das Leiden in einer Woche zu koupieren. Auch später wirkt ja Euchinin noch günstig ein, aber je früher die Behandlung, desto rascher und energischer der Erfolg! Man muß freilich auch genügende Dosen verabfolgen. St. gibt Säuglingen 0,2 in Suppositorien 2mal täglich; und so steigt er von Jahr zu Jahr, immer 1 Dezigr. mehr (innerlich!), 2mal täglich, als das Kind Jahre hat (aber nicht über 0,7 g per os). Wollen die Kinder das Mittel so nicht nehmen, so appliziert man es in Suppositorien in etwas höherer Dosierung, 2 Dezigr. mehr, als das Kind Jahre hat (aber Einzeldosis nicht höher als 1 g). Kommt Pat. erst auf der Höhe der Krankheit in Behandlung, so ist es zweckmäßig, den ersten Dosen Codein in kleinen Mengen zuzufügen. Neben Euchinin leisten heiße Bäder (10—15 Minuten abends vor dem Schlafengehen) mit flüchtiger, kühler Übergießung des Nackens gute Dienste, namentlich bezüglich der Nachtruhe. Grätzer.

C. v. Noorden. Über Chinaphenin.

(Therapie der Gegenwart 1903 No. 1.)

Neues Chininpräparat der Vereinigten Chininfabriken Zimmer & Co., eine chemische Verbindung von Chinin und Phenetidin, weißes, geschmackloses Pulver, sehr schwer in Wasser, leicht in Alkohol, Äther, Chloroform, Säuren löslich und mit letzteren, z. B. Schwefelsäure, in Wasser leicht lösliche Salze bildend. Hat sich bei Keuchhusten recht gut bewährt. Dosis: bei Säuglingen 3mal täglich 0,15—0,2 (in Milch oder Suppe), bei älteren Kindern 3mal täglich 0,2—0,3 (am besten in Schokoladenplätzchen). Erfolg entschieden günstig, insofern sich alsbald nach Beginn der Behandlung die Anfälle nach Zahl und Heftigkeit verminderten. Bei keinem der 14 so behandelten Kindern überstieg während der Darreichung des Mittels die Zahl der Anfälle 8—9 täglich. Schon nach 8—10 Tagen jedesmal weitere Verminderung der Anfälle, immer Heilung. Das Medikament wurde ausgezeichnet vertragen, störende Nebenwirkungen traten nie ein.

Ein anderes Chininpräparat der gleichen Firma, das Aristochin (Chininkarbonsäurechininäther), das geschmacklose Krystalle bildet und genau denselben Effekt hat, wie salzsaures Chinin in gleicher Dosis, eignet sich ebenfalls besonders für die Kinderpraxis (Schokoladeplätzchen à 0,1 oder 0,05). Grätzer.

Schalenkamp (Crombach). Die Behandlung des Keuchhustens mit einem Zinksalz.

(Der Kinderarzt 1903 No. 1.)

S. behandelt seit 5 Jahren Keuchhusten mit Zink. ferro-hydrocyanicum (Merck), mit dem er sehr zufrieden ist. Er gibt das geruch- und geschmacklose, in Wasser und Alkohol nicht lösliche Pulver trocken, mit Sacch. lact. gemischt ein, und zwar Kindern bis zu

1 Jahr	pro	Tag	1,2 =	pro	dosi	0,3 g
1 1/2 „	„	„	1,6 =	„	„	0,4 „
2 „	„	„	2,0 =	„	„	0,5 „
2 1/2 „	„	„	3,0 =	„	„	0,6 „
Darüber	„	„	3,6 =	„	„	0,9 g

Digitized by Google

Das Mittel erwies sich als unschädlich, bewirkte in allen Fällen nach 10 Tagen schon auffallende Besserung, nach 3 Wochen Heilung (freilich gab S. daneben noch Pertussin! Ref.). Grätzer.

Staedtler (Bern). Zur Therapie des Keuchhustens.

(Deutsche Medizinal-Ztg. 1903 No. 45.)

S. empfiehlt ein von ihm zusammengesetztes (Naphthen-Camphora) und von Krewel & Co (Köln) dargestelltes Präparat „Vaporin", mit dem er sehr günstige Erfahrungen gemacht hat. Vaporin wird, mit Wasser verdampft, eingeatmet, und genügt 1 malige Verdampfung von 1 Eßlöffel Vaporin mit Wasser täglich und $^1/_2$—$^3/_4$ stündlicher Aufenthalt der Kinder im Verdampfungsraum. Vaporin hat sich als gänzlich unschädlich erwiesen. Es bessert sehr bald die Erscheinungen des Keuchhustens und bringt ihn in 10—14 Tagen zur Heilung; im Stadium incubationis verabreicht, wirkt es koupierend. Grätzer.

Stepp (Nürnberg). Zur Behandlung des Keuchhustens.

(Prager med. Wochenschrift 1903 No. 11—14.)

St. schildert 15 Fälle, bei denen ihm Fluoroform die besten Dienste geleistet hat; es waren zum Teil Kinder von ein und wenigen Monaten, eine Anzahl hatte schwere Komplikationen. St. empfiehlt die Darreichung des Fluoroforms bei Kindern in zartem Lebensalter und solchen, die durch andere Krankheiten (Rachitis u. s. w.) in ihrer Konstitution herabgekommen sind, ferner bei älteren Kindern, wo Bromoform versagt oder aus anderen Gründen nicht angewendet werden kann. Fluoroform ist geschmack- und geruchlos und absolut ungiftig, so daß es selbst ganz jungen Kindern längere Zeit hindurch gegeben werden kann. Grätzer.

H. Lupus. Über Chinosol.

(Spitalul 1902 No. 23—24.)

Die Vorzüge des Chinosols werden gemäß der erschienenen Literatur dargelegt und will Verf. außerdem bei drei an Tussis convulsiva erkrankten Kindern durch Nasenspülungen mit sehr warmer Chinosollösung 1:1000, die Krankheit abgekürzt, bezw. geheilt haben. Diese Waschungen sollen mit dem Weberschen Syphon alle 2 Stunden ausgeführt und noch etwa 5—7 Tage nach Aufhören des Hustens fortgesetzt werden, um Rezidiven vorzubeugen.

E. Toff (Braila)

A. Rahn (Krippen). Über Bromipinklystiere, besonders in der Kinderpraxis.

(Die Therapie der Gegenwart 1903 No. 1.)

R. wandte Mercks 10%iges Bromipin in Klystierform bei Kindern an, und zwar in folgenden Dosen: bei Säuglingen soviel Gramm, wieviel Monate sie zählen, bei Kindern über 1 Jahr 10—12—15 g,

Digitized by Google

bei solchen über 4 Jahren 15—20 g, bei älteren 25—30 g. Diese Dosen rührt man mit $^1/_2$—$1^1/_2$ Tasse lauen Tees (am besten Leinsamen- oder Moostee) oder Milch und Tee ein, taucht in diese ölige Flüssigkeit eine Gummikanüle von grauem Patentgummi und 12 cm Länge und höchstens $^1/_2$ cm Durchmesser ein, läßt die Kinder sich auf die linke Seite bei angezogenen Beinen legen und spritzt dann die Lösung ein oder läßt sie einlaufen.

Bei jeder Form von Eklampsie bewährten sich diese Klystiere sehr, indem die Wirkung schon nach 10 Minuten eintrat. Die Kinder schliefen ruhig und lange ein, und erholten sich seelisch und körperlich rasch. Bei Keuchhusten bewirkten Klystiere (früh und abends) bedeutenden Nachlaß der Anfälle an Zahl und Intensität. Bei Atrophie der Säuglinge, wo diese fortdauernd wimmern und schreien, bewies sich Bromipin als zuverlässiges Sedativum, als Tonicum und, infolge seines Gehaltes an Sesamöl, auch als Nutriens. In 3 Fällen von Brechdurchfall mit Erscheinungen von akutem Hydrocephaloid schienen das Schlucken, die Unruhe, das jähe Aufschreien u. s. w. sich zu bessern. Endlich bewährten sich die Klystiere außerordentlich bei rachitischen Kindern, um das echauffierte Atmen, Geifern und Röcheln zu beruhigen.

Grätzer.

N. G. Price. A Contribution to the Therapeutics of Children.

(Philadelphia Medical Journal, den 14. Februar 1903.)

Heroin wird warm empfohlen als Antispasmodicum bei Kindern. Das Mittel wirkt stärker als Brom und Belladonna, und ist ein vorzügliches Sedativum namentlich bei Reizzuständen der respiratorischen Schleimhaut.

Kumulative und sonstige unerwünschte Nebenwirkungen sind nicht zu fürchten. Das Heroinum hydrochloricum verdient wegen seiner leichten Löslichkeit den Vorzug; es ist mit den gebräuchlichen Expektorantien gut verträglich. Die Dosis für ein 1jähriges Kind sei ungefähr $^1/_4$ Milligramm.

Leo Jakobi (New York).

C. S. Engel (Berlin). Über die Anwendung der Schultzeschen Schwingungen bei Bronchiolitis und katarrhalischer Pneumonie junger Kinder.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 9.)

In Fällen, wo die obere Bauch- und die untere Rippengegend statt bei der Inspiration hervorgewölbt zu werden, stark einsinken, wenn Krämpfe und Cyanose eintreten, wenn das Sensorium benommen ist und der vorher stark gespannte, wenn auch fliegende Puls klein wird, dann versagen häufig auch die als letztes Mittel neben Kampfer empfohlenen Applikationen kalten Wassers. Zufällig bekam E. in letzter Zeit häufiger derartig schwere Fälle von Kapillarbronchitis und Bronchopneumonie kleiner Kinder zu Gesicht, und da bewährten sich ihm wiederholt noch die Schultzeschen Schwingungen als lebensrettend. Er nahm etwa 3 mal hintereinander zehn ausgiebige

Digitized by Google

Schwingungen mit Pausen von je 5 Minuten vor; die Schwingungen wurden im Laufe weniger Stunden häufiger wiederholt, bis die dringendste Gefahr vorüber war. **Grätzer.**

B. Friedemann (Kaukehmen). Kreosotal bei Pneumonie.

(Die Therapie der Gegenwart, Februar 1903.)

F. hat Kreosotal mit recht gutem Erfolg in 14 Fällen von kruppöser Pneumonie, bei Kindern und Erwachsenen, angewendet, und zwar in großen Dosen: bei Erwachsenen in 24 Stunden 6—8 g, bei Kindern von 8—14 Jahren die Hälfte, bei kleineren entsprechend weniger. Sicherlich wirkt das Mittel bakterizid und entwicklungshemmend auf die Erreger der Pneumonie; das beweist nach F. am besten dies öfters beobachtete Wiederaufflammen der Krankheit bei zu frühzeitiger Aussetzung des Mittels. Andererseits aber muß es auch den Stoffwechselprodukten der Pneumokokken, die doch jedenfalls die Ursache der schweren Allgemeinerscheinungen sind, direkt entgegenwirken. Sonst könnte man sich den schnellen Abfall der Temperatur und die so rasche Besserung des Allgemeinzustandes kaum erklären; beides tritt gewöhnlich schon nach 12—24 Stunden ein. **Grätzer.**

A. Jacobi. Peribronchitis and Interstitial Pneumonia.

(Archives of Pediatrics, Januar 1903.)

Es gibt drei Arten von Pneumonie im Kindesalter: kruppöse, lobuläre und interstitielle. Selten findet man die Formen rein ausgeprägt; meist fließen die Grenzen ineinander.

Die interstitielle Pneumonie verläuft unter hohem und anhaltendem Fieber und dauert wochen- oder monatelang. Ausgang in Heilung ist keineswegs ungewöhnlich, und die resultirende Lungencirrhose führt oft später zu keinen erheblichen Beschwerden.

Am häufigsten werden die Oberlappen befallen. Physikalisch findet man Dämpfung und sehr verschärftes, aber vesikuläres Atmen, nebst gelegentlichen Rasselgeräuschen. In späteren Stadien, entsprechend der fortschreitenden Hyperplasie des Bindegewebes, wird das vesikuläre Atmen immer schwächer und geht schließlich in Bronchialatmen über, welches denn auch in der Regel niemals verschwindet. Sakkadiertes Atmen kommt häufig vor. Husten ist kein zuverlässiges Zeichen. Nach längerem Bestehen wird der Brustkorb deformiert: die kranke Seite fällt etwas zusammen, die Spitzen ziehen sich zurück, der obere Thorax ist abgeplattet; Schulterblatt und Wirbelsäule weichen von ihren Normalstellungen ab.

Therapeutisch ist vor allem der Prophylaxe Rechnung zu tragen. Frische Luft, gute Ernährung, tägliche kühle Waschungen und Abreibungen sind alle wirksam und sehr ans Herz zu legen. Auch Medikamente sind nicht zu verachten, Arsenik ist ein ausgezeichnetes Mittel; ebenso Phosphor. In Dosen von 1 mg täglich kann das Acidum arsenicosum Kindern monatelang gegeben werden. Ältere Kinder, die sich allen Maßnahmen zum Trotz schlecht entwickeln,

Digitized by Google

sind auf hereditäre Syphilis verdächtig und reagieren oft sehr prompt auf Jod und Quecksilber. Bei schwachen Herzen ist Digitalis angebracht, in Dosen von etwa 5 cg täglich für ein Kind im Alter von 1 Jahr.

Im akuten Stadium der Krankheit leistet eine vorsichtige Hydrotherapie befriedigende Dienste. Später gebe man Jod als Resorbens bezw. Jodeisen als Blutmittel.

Gymnastische Übungen (ohne Übertreibung!) können in chronisch verlaufenden Fällen von Nutzen sein. Leo Jakobi (New York).

J. P. Barber. Pneumonia in Children.

(Archives of Pediatrics, November 1902.)

Während die Mortalität der kruppösen Pneumonie einstimmig als sehr niedrig (etwa 4%) anerkannt wird, geben unsere Lehrbücher der Bronchopneumonie eine Sterblichkeit, die zwischen 40 und 50% schwankt und von manchen noch höher verlegt wird. Dies ist entschieden zu hoch gegriffen. Solche Zahlen mögen für Hospitäler und Waisenhäuser gelten, nicht aber für die allgemeine Privatpraxis. Verf. verfügt über eine Reihe von 165 Pneumonien bei Kindern, darunter 148 Bronchopneumonien mit 12 Todesfällen, somit 8,1%. Auch nahm die Krankheit einen kürzeren Verlauf als die Textbücher angeben.

Statistische Untersuchungen sollten die Erfahrungen praktischer Ärzte berücksichtigen, anstatt der üblichen Basierung auf Hospital- und Asylbeobachtungen. Leo Jakobi (New York).

Pietro Porcelli. Splenopneumonie oder Granchersche Krankheit.

(Rivista di Clinica Pediatrica, Fasc. III, März 1903.)

Mitteilung eines einen 6jährigen Knaben betreffenden Falles, der nach 20 Tagen geheilt war. Die Krankheit betraf, wie das bei dieser Form der Pneumonie meist der Fall ist, die linke Lunge. F.

Simorimi. Beitrag zum Studium der Diplokokkenarthritis im Kindesalter.

(La Pediatria, 1903 No. 4.)

Verf. bringt drei Krankengeschichten: 2mal war die Arthritis eine Komplikation einer Pneumonie, in dem dritten Falle war mit aller Wahrscheinlichkeit die Eingangspforte für den Diplokokkus der Pharynx oder die Tonsillen. In allen drei Fällen war der einzige Infektionsträger der Friedländersche Diplococcus; der Mikrococcus wurde im Blut und bisweilen auch im Harn gefunden. Besonders in dem ersten Fall, der nicht im Anschluß an eine Pneumonie auftrat, glich die Polyarthritis klinisch völlig einer rheumatischen; nur zeigte sich die Erkrankung völlig von Salicylgaben unbeeinflußt, auch war

Digitized by Google

der Verlauf ein schnellerer, als beim Rheumatismus, und das Exsudat zeigte häufiger die Tendenz, eitrig zu werden.

Die drei Fälle kamen während einer Diplokokkenepidemie innerhalb von 3 Monaten zur Beobachtung. F.

G. Treupel. Operative Behandlung gewisser Lungenerkrankungen. (Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 5.)

Nachdem Verf. vor kurzem einen Fall mitgeteilt, in dem die operative Inangriffnahme einer bronchiektatischen Kaverne guten Erfolg gehabt, gibt er jetzt die Krankengeschichte einer $4 \frac{1}{2}$jährigen Knaben wieder, dessen Krankheit vor etwa 3 Jahren begann, und bei dem sich — ob auf Basis einer Tuberkulose oder im Anschluß an Aspiration erbrochener Speiseteile, bleibe dahingestellt — Lungengangrän entwickelte.

Bei dem erblich nicht belasteten, vorher gesunden Knaben entwickelte sich allmählich ein Lungenleiden. Öfteres Erbrechen nach dem Frühstück ist dem vorausgegangen. Sichere Lungenerscheinungen bestanden vor 2 Jahren (Ende 1900). Seit Anfang 1902 deuteten die Symptome auf Lungenabszeß bezw. -gangrän hin. Es wurde die Aufnahme in die Klinik bewirkt (3. VI. 1902) und es wurde hier das Vorhandensein eines mit Luft und Flüssigkeit gefüllten Hohlraumes im Bereich des rechten Ober- und Mittellappens festgestellt. Eine Probepunktion (10. VI. 1902) ergibt aber statt des erwarteten Eiters eine seröse und sterile Flüssigkeit. Zwischen dem 18. und 20. VI. 1902 änderte sich das Krankheitsbild und die Untersuchung ließ denn auch bald keinen Zweifel mehr über das Vorhandensein eines Pneumothorax bestehen, bei dessen Punktion ein äußerst übelriechendes, jauchiges, mit Gas vermischtes Exsudat zu Tage gefördert wurde. Operation.

Es handelte sich also um einen Lungenabszeß bezw. eine zirkumskripte Gangrän des rechten Ober- und Mittellappens, von der aus sich ein Durchbruch nach der Pleurahöhle vorbereitete. Daneben reaktive rein seröse Entzündung der Pleura (Punktion eines serösen und sterilen Exsudates). Dann Durchbruch und Pyopneumothorax R. Daß man, nachdem der Durchbruch des Abszesses in die Pleurahöhle erfolgt war, also ein jauchiger Pyopneumothorax bestand, zu baldigen Operation schritt, war selbstverständlich, und den Nutzen dieser Operation wird wohl niemand bezweifeln. Wohl aber darf angesichts des Verlaufs die Frage erhoben werden, ob die Operation nicht auch bereits vorher hätte ausgeführt werden können. Darauf möchte T. für seine Person mit ja antworten. Selbst wenn Tuberkulose mit im Spiel sein sollte, was aber keineswegs bis jetzt erwiesen ist, konnte der sicher und genügend genau lokalisierte Abszeß operativ in Angriff genommen werden. Der Durchbruch in die Pleurahöhle wäre dann wohl unterblieben. Das Resultat der ersten Probepunktion — rein seröses steriles Exsudat — darf dem nicht entgegengehalten werden. Denn, dieses Exsudat erklärt sich wohl zwanglos als die Reaktion von Seite der Pleura in der Nähe eines Eiterherdes. Solches beobachtet man wohl auch bei Eiterungen in der Nähe der

Digitized by Google

Gelenke, indem hier ebenfalls zunächst ein seröser Erguß auftritt. Der rasche Verlauf hat die diagnostischen Erwägungen überholt. Das Befinden des Knaben hat sich nach der Operation subjektiv und objektiv sehr rasch gebessert. Der jugendliche Körper überwindet ja schwere Lungenerkrankungen erstaunlich rasch. So ist auch hier jedenfalls zum mindesten eine Verlängerung des Lebens zu erwarten. Die Prognose bleibt aber deshalb ernst und zweifelhaft, weil die Annahme einer bereits bestehenden amyloiden Degeneration (Leber-, Milzvergrößerung, Eiweiß im Harn) vorläufig wenigstens nicht ganz zurückgewiesen werden kann. Grätzer.

S. Kashiwamura. Drei Fälle von primärer Lungenaktinomykose.

(Virchows Archiv, Bd. 171, Heft 2 1903.)

Von den vier Beobachtungen betrifft die letzte eine 13jährige Schülerin. Die Krankheit wurde 5 Monate vor der Aufnahme der Pat. ins Krankenhaus als Luftröhrenkatarrh angesprochen. Es bestand Husten mit Auswurf, dem öfters Blut beigemischt war. Der Lungenbefund zeigte R.H.U.-Dämpfung bis zum Angulus scapulae, darüber lautes, bronchoamphorisches Atmen, verstärkten Stimmfremitus. Auch hier, wie bei den anderen drei Fällen, war das erste klinische Symptom eine Pleuritis. Daß wirklich eine primäre Erkrankung der Lunge vorlag, bewies der Sektionsbefund, der außer im Respirationstraktus keine weiteren Veränderungen aktinomykotischer Natur ergab.

Die Zähne des Mädchens zeigten übrigens nicht den geringsten Defekt. Es sind deshalb wohl die Aktinomycespilze direkt in die Lunge gelangt wie auch in dem Balackschen[1]) Falle, bei dem in einer Lungenhöhle eine Aktinomycesdrusen tragende, 1 cm lange Getreidegranne gefunden wurde. Schridde (Erlangen).

Peano Michell. Un case di enfisema polmonere ed asma infantile de vegetazioni adenoidi della rinofaringe cureto colla Jodipina.

(La Pediatria Nr. 1 1903.)

Ein $4^1/_2$jähriger Knabe, dessen Emphysem Verf. als eine Folge häufiger asthmatischer Anfälle betrachtet, als deren Quelle wiederum adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes angesehen werden. Statt, wie man erwarten sollte, letztere zu operieren und so die Quelle der Anfälle zu beseitigen, hat Verf. innerlich Jodipin gegeben. Nach 3monatlicher Anwendung desselben sind die Anfälle nach Angabe der Eltern ausgeblieben, die adenoiden Vegetationen sind „fast“ verschwunden. F.

---

[1]) Balack, Über Lungenaktinomykose. Diss. Leipzig 1893.


Digitized by Google

Southworth. Inversion in the treatment of acute Pulmonary Edema in young Children.

(Archives of Pediatrics, Mai 1903.)

Mechanische Maßnahmen sind oft wertvolle Hilfsmittel, und speziell die Inversion hat sich bereits bei Fremdkörpern im Larynx und bei Chloroformasphyxie bewährt. Auch bei Bronchopneumonie und akuter Bronchitis leistet die Lagerung des Kindes mit dem Gesicht nach unten bei tieferstehendem Kopf manchmal gute Dienste.

Dagegen ist bisher kein Fall bekannt, in dem Inversion beim Lungenödem versucht worden wäre. Verf. berichtet über diese neue Anwendung der mechanischen Therapie. Ein Mädchen von 13 Monaten bekam Lungenödem ohne nachweisbare Ursache. Der herbeigeeilte Arzt kam auf den originellen Einfall, das Kind an den Beinen aufzuhängen. Daneben wurde die Brust nach abwärts (in hängender Lage) gestrichen. Diese Maßnahmen förderten eine ziemliche Quantität von blutigschaumiger Flüssigkeit zutage, und es trat augenfällige Erleichterung ein. Nun folgten Excitantien und Abführmittel, und am nächsten Tage war das Kind außer Gefahr.

Leo Jakobi (New York).

Frischitta. Der Morbus Basedow im Kindesalter.

(La Pediatria No. 2 1903.)

Verf. führt drei Beobachtungen an; zwei davon betreffen 13jährige, eine einen 14jährigen Knaben. Strenges hygienisches und diätetisches Regime brachte bei gleichzeitiger Anwendung von Thyreoidin Besserung herbei.

F.

K. Gregor. Über die Unschädlichkeit der Verfütterung großer Mengen von Thyreoidea an Kinder.

(Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau.)

(Monatsschrift f. Kinderheilkunde, Februar 1903.)

In der Literatur sind vielfach Fälle von artifiziellem Thyreoidismus verzeichnet; meist handelte es sich hierbei um die Verwendung von Thyreoideatabletten. G. war nun während der kalten Jahreszeit in der Lage, größere Mengen von Hammelschilddrüsen wenige Stunden nach dem Schlachten der Tiere verfüttern zu können, ohne Gefahr zu laufen, die Pat. durch die Folgen einer bakteriellen Zersetzung der Drüsensubstanz zu schädigen. In keinem dieser Fälle, wo frische Drüsensubstanz in großen Quantitäten den Kindern gereicht wurde, kam es zu einer üblen Nebenwirkung. G. führt drei Beispiele an: Ein 5jähriges Mädchen erhielt innerhalb 36 Tagen 286 g (Einzeldosen von 20—40 g, einmal sogar 125 g), ein $3^1/_2$jähriger Knabe innerhalb 12 Tagen 545 g, ein 11jähriges Kind vom 12. Mai bis 9. Juni 60 g, am 12. Juni auf einmal 82 g, d. h. soviel wie in 55 Tabletten wirksame Substanz enthalten ist; allen 3 Kindern bekam diese Kur sehr gut. Hält man dies den Angaben aus der Literatur

Digitized by Google

gegenüber, wie z. B. der Mitteilung Heubners, der den plötzlichen Tod eines Kindes auf Thyreoidismus schob, obwohl dasselbe nur 4mal täglich $^1/_4$ Tablette erhielt, so bleiben zwei Erklärungen übrig: Entweder hatten jene Intoxikationssymptome überhaupt nichts zu tun mit der Einnahme der Schilddrüsenpräparate, sondern waren nichts als Verschlimmerungen oder Komplikationen der bestehenden Krankheit, oder man hatte in Verwesung übergegangene Präparate gereicht. Denn abgesehen von obigen 3 Fällen hat G. zahlreichen anderen Kindern mit Idiotie, schwerer Rachitis und Myxödem durch Monate große Dosen frischer Schilddrüse gegeben, ohne Thyreoidismus zu erleben. Er kann daher die Berechtigung eines umschriebenen Krankheitsbegriffes „Thyreoidismus" überhaupt nicht anerkennen.

Grätzer.

Olimpio Cozzolino. Über die Wirkung der Thymusexstirpation bei jungen Kaninchen.

(La Pediatria No. 3 1903.)

Verf. hat die Exstirpation der Thymusdrüse bei jungen Kaninchen als eine leichte uud vollkommen unschädliche Operation befunden; irgendwelche Bedeutung für die Gewichtszunahme des Tieres kommt der Thymus nach seinen Untersuchungen nicht zu, ebensowenig traten nach ihrer Fortnahme irgendwelche trophischen Störungen an der Haut oder ihren Anhängen auf, auch kommt ihr keine Bedeutung für die Blutbildung zu.

Um nun die Behauptung Briegers, Kitesatos und Wassermanns, daß die Thymus eine wichtige Rolle im Kampf des Organismus gegen die Infektionsträger spiele, auf ihre Richtigkeit zu prüfen, hat Verf. eine Reihe von Versuchen angestellt, er hat z. B. Tiere, denen die Thymus exstirpiert war, mit Diphtherie infiziert, jedoch haben diese Versuche keine Resultate gegeben, aus denen sich unantastbare Schlußfolgerungen ziehen ließen.

F.

A. Schambacher. Über die Persistenz von Drüsenkanälen in der Thymus und ihre Beziehungen zur Entstehung der Hassallschen Körperchen.

(Virchows Archiv, Bd. 172, Heft 3 1903.)

Bei einem 4jährigen Knaben, der während langer Zeit schon eigenartige Entwicklungsstörungen gezeigt hatte, und bei dem in letzter Zeit derartige Erstickungsanfälle aufgetreten waren, daß eine Tracheotomie indiziert war, fand Verf. bei der Sektion eine sehr große Thymus vor, deren Maße 10:5:2 cm waren. In ihr und in 30 weiteren Drüsen von Kindern bis zu 5 Jahren, ebenso in acht Thymusdrüsen von menschlichen Föten konnte der Verf. nachweisen, daß die Hassallschen Körperchen aus kleinen, mit kubischem Epithel ausgekleideten Kanälen hervorgehen. Es sind dies die Reste des von vielen Anatomen geleugneten Thymuskanals.

Schridde (Erlangen).

Digitized by Google

Theodore Le Bontillier. A case of Aneurysm of the transverse portion of the aortic arch in a girl of 9 years.

(American Journal of the Medical Science, Mai 1903.)

Aneurysma der Brustaorta bei einem 9jährigen Mädchen, welches 2mal Keuchhusten überstanden hatte, das erste Mal bereits 9 Tage nach der Geburt. Ferner hatte das Kind mit 4 Jahren einen leichten Rheumatismus durchgemacht. Es wurde damals ein Herzfehler vermutet.

Sie kam nach der Poliklinik wegen Husten und Schmerzen im linken Handgelenk. Bei der Untersuchung entdeckte man folgendes: die oberflächlichen Venen am Brustkorb, am Hals, im Gesicht und an den Armen stark erweitert; sichtbare Pulsation zwischen zweitem und viertem Interkostalraum, sowie im Jugulum und am Halse; systolisches Schwirren; fühlbarer pulsierender Tumor im Jugulum; ungleiche Radialpulse; Olivers Trachealzug ausgesprochen; Fehlen von fühlbarer Pulsation der Bauchaorta (ein neues Zeichen!); Dämpfung über dem oberen Sternum; lautes systolisches Geräusch in der Herzgegend, nach den Karotiden fortgeleitet, namentlich rechts.

Die Ätiologie ist dunkel. Es ist möglich, daß die Aortenwand bei den heftigen Hustenstößen in dem so zarten Alter eine Dehnung bis zum Einreißen erfahren hatte; andererseits wäre der Rheumatismus zu berücksichtigen.

Es folgt eine Literaturübersicht von Aneurysma bei Personen unter 20 Jahren. 60 Berichte sind zusammengetragen (intrakraniales Aneurysma nicht mitgerechnet). 18mal saß das Aneurysma an der Brustaorta; 5mal an der Bauchaorta; die übrigen Fälle betrafen die Aortenklappen, den Ductus arteriosus, die Herzwand, die Arteria pulmonalis und die Arterien der Extremitäten. Die Ätiologie blieb meist unklar. Trauma, Rheumatismus, Anstrengung, Abszesse in der Nachbarschaft waren die vermuteten ursächlichen Momente.

Die meisten Fälle nahmen ein jähes Ende. Herzruptur, akute Perikarditis, ulzeröse Endokarditis, Embolie und einmal Aphasie (?) gaben den Gnadenstoß.

Von subjektiven Erscheinungen klagten die meisten über Dyspnoe nach geringen Anstrengungen und über Schmerzen. Dagegen war in dem oben beschriebenen Fall keine nennenswerte Kurzatmigkeit vorhanden.

Leo Jakobi (New York).

P. Krautwig (Köln). Über plötzliche Todesfälle im Kindesalter.

(Archiv f. Kinderheilkunde, Bd. 35, Heft 3. u. 4.)

Zusammenfassendes Referat über die Ätiologie der Fälle, in denen Kinder scheinbar mitten aus voller Gesundheit heraus oder doch aus einem Zustande nur leichten Krankseins unerwartet plötzlich dahinsterben. Der Tod kann durch Synkope (Herzstillstand) oder durch Asphyxie (Atemstillstand) erfolgen. Ersteres tritt bei der Diphtherie ein, wobei man dann myokarditische und interstitielle Veränderungen findet. Mechanische Momente (Kompression des Herzens)

Digitized by Google

kommen zuweilen bei rachitischen Kindern in Betracht, die mit vollem Magen plötzlich sterben. Wichtiger sind die Herztodesfälle durch direkte Reizung der nervösen Elemente des Herzens, wie sie als Giftwirkung im Gefolge von Magendarmkrankheiten und Infektionskrankheiten, besonders der Diphtherie vorkommen können; auch die Todesfälle bei ausgebreiteten Ekzemen gehören hierher.

Der Tod durch Asphyxie kann eintreten bei Krupp und Diphtherie, durch Aspiration von Fremdkörpern, Würmern u. s. w., am häufigsten durch Laryngospasmus und, wie oft übersehen wird, durch ausgebreitete Bronchitis. Bezüglich des Thymustodes lehnt K. die mechanische Ätiologie ab, indem er ganz richtig bemerkt, daß nicht die weiche Thymus die Luftröhre und die Gefäße komprimieren, sondern umgekehrt selbst gegen das Brustbein angedrückt werden wird. Er hält die Thymusvergrößerung wie auch die Todesfälle bei solchen Kindern für eine Erscheinung der Rachitis. Der Tod im laryngospastischen Anfall ist als Herztod aufzufassen. Welche Todesart vorgelegen hat, Asphyxie oder Synkope, ist bei der Sektion häufig nicht mehr zu entscheiden.

Hecker (München).

Augustus Caillé. Sudden Death of an Infant six months old due to Compression of large Bloodvessels by an enlayed Thymus Gland.

(Archives of Pediatrics, März 1903.)

Das 6monatliche Kind war bei Lebzeiten etwas cyanotisch und dyspnoetisch. Zweimal kam es zu Konvulsionen. Am Herzen war ein lautes systolisches Geräusch an der Basis zu hören, neben reinen Klappentönen. Das Geräusch wurde nach keiner Richtung hin fortgeleitet. Das Kind starb plötzlich, und bei der Sektion fand man eine vergrößerte Thymusdrüse, welche mit ihrem unteren Pol die großen Blutgefäße komprimierte und dadurch die Zirkulation völlig unterbrach.

Der Zustand wurde intra vitam diagnostiziert.

Leo Jakobi (New York).

Arthur B. Duel. The operative Treatment of Stenosis of the Larynx following Intubation and Tracheotomy.

(New York Medical Journal, den 2. Mai 1902.)

Es gibt eine sehr lästige Art von Larynxstenosen, die nach Intubation oder nach Tracheotomie fortdauern. Das Vorkommnis ist allerdings ziemlich selten — etwa ein Fall von hundert muß dauernd intubiert oder tracheotomiert werden. In der Regel kommt es bei derartig intubierten Kindern zu wiederholter Autoextubation, wodurch dann häufige Reintubation nötig wird. Um dieses unliebsame Ereignis zu vermeiden, greift man lieber zur Tracheotomie. Diese chronischen Stenosen nach Intubation sind auf chronische entzündliche Vorgänge und Hypertrophien der Scheimhaut zu beziehen, nicht etwa

auf ungeschicktes Operieren oder Geschwüre und Narben, wie man früher geglaubt hat.

Verf. empfiehlt anstatt der Tracheotomie in solchen chronischen Zuständen eine etwas modifizierte Intubation. Er spaltet nämlich den Kehlkopf und legt eine Klemme an den Tubus in situ an. Dadurch wird spontane Extubation unmöglich gemacht und man umgeht die Tracheotomie. Leo Jakobi (New York).

Jos. K. Friedjung. Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Stenosen der oberen Luftwege.

(Archiv f. Kinderheilkunde, Bd. 35, Heft 5 u. 6.)

Sorgfältig geführte Einzelbeobachtungen, die für jeden Praktiker lesenswert sind. Sie bestätigen im ganzen schon Bekanntes, bringen aber auch manches Neue. Für diphtheritische Erkrankung der oberen Luftwege charakteristisch ist allmählich zunehmende Heiserkeit und Atemnot. Es kommen aber auch Ausnahmen vor, besonders bei sehr jungen Kindern, was dann leicht zu unrichtiger Deutung des Bildes führt. Umgekehrt setzen die nicht diphtheritischen, wohl meist katarrhalischen Erkrankungen fast immer plötzlich, meist zur Nachtzeit ein (Pseudokrupp). Dabei kann die Anamnese aber auch zuweilen der bei Diphtherie gewohnten recht ähnlich lauten. Zur Erläuterung dient das Beispiel eines $2\,^3/_4$jährigen Knaben mit Heiserkeit, bellendem Husten und Luftmangel, dessen Symptome sich allmählich verschlimmerten. Keine Beläge, keine Diphtheriebazillen. Laryngoskopisch nur Schwellung und Rötung der Kehlkopfschleimhaut. Also Vorsicht bei Verwertung der Anamnese zur Unterscheidung diphtherischer und nichtdiphtherischer Larynxstenosen! Auch die klinischen Erscheinungen beider Formen lassen wenig charakteristische Unterschiede erkennen. Schärfer ist die Charakteristik sowohl der Anamnese als auch der Erscheinungen von Larynx- und Trachealstenosen aus anderen Ursachen. F. lenkt die Aufmerksamkeit vor allem auf die akustischen Phänomene, die sich bei den Stenosen der oberen Luftwege verschiedenen Ursprungs beobachten lassen, z. B. bei Retropharyngealabszeß: inspiratorische Dyspnoe, Stimme rein, aber eigentümlich gequetscht, quäckend, auffallend hoch und schwach, etwas nasal. Bei Trachealstenose durch Schwellung mediastinaler Drüsen: lauter inspiratorischer Stridor. Der Husten ist keuchend, pfeifend, von auffallend großer Tonhöhe. Bei diphtheritischen Erkrankungen des Larynx war eine solche Konstanz der Erscheinungen nicht festzustellen. Bald war das Inspirium von einem sägenden Geräusche von wechselnder Tonhöhe begleitet, bald war es laut schreiend, ähnlich wie beim Glottiskrampfe, bald auch schnarchend. Das Exspirium war oft weniger laut, zumeist von höherer Tonlage als das Inspirium.

Diagnostisch recht ergiebig ist die Inspektion des stenotischen Kindes. Charakteristisch u. a. ist die Kopfhaltung der Kinder bei Retropharyngealabszessen: der Kopf wird sichtlich gezwungen steif, ein wenig nach hinten und seitlich geneigt gehalten; die Neigung

Digitized by Google

erfolgt nach der kranken Seite. Recht häufig fand F. bei stenosierenden Schwellungen der Bronchialdrüsen mäßigen Exophthalmus. Dagegen konnte er die von Hoffmann genannte Pupillendifferenz, Erweiterung auf der erkrankten Seite, niemals feststellen. Folgen noch Beobachtungen über einen Fremdkörper in der Trachea, über eigentümliche respiratorische Störungen bei chronischer Urämie, sowie bei einem schweren Status epilepticus u. s. w. Hecker (München).

Fritz Kuno. Fixierte Tuben und Bolzenkanülen bei erschwertem Dekanülement.

(Aus dem Christschen Kinderhospital in Frankfurt a. M.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 18.)

Bei chronischen Stenosen wurden seit 2 Jahren, um das Heraushusten der Tuben zu vermeiden, diese im Kehlkopf fixiert, was in folgender Weise zu geschehen hat.

Zuerst intubiert man das Kind mit der seinem Alter entsprechenden Tube und markiert durch Überfahren der Tube von der Trachealfistel aus mit einem scharfen Messerchen die Stelle, welche der Höhe der Fistel entspricht. Dabei kontrolliert man mit dem Finger die richtige Lage des Tubenknopfes im Kehlkopfeingang. In der Höhe der eingekratzten Striche läßt man zwei feine, dicht nebeneinander liegende Löcher durch die vordere Tubenwand bohren und zieht durch sie einen Seidenfaden („Fixierfaden"). Seine Einführung gelingt auch bei ganz hochliegenden Löchern leicht dadurch, daß man durch jedes Loch eine feine Drahtschlinge zum unteren Tubenende herausschiebt, in die etwas geöffnete Schlinge den Faden einlegt und zurückzieht. Nach Armierung der Tube wird der Mandrin eines gewöhnlichen Belloque, nachdem an sein Ende ein Faden geknüpft ist, von der Trachealfistel aus durch den Kehlkopf zum Mund herausgeschoben. Mit dem dann zum Mund heraushängenden Faden wird der Fixierfaden der Tube verknüpft und in gewöhnlicher Weise intubiert, während die assistierende Schwester den aus der Trachealfistel heraushängenden Fixierfaden herunterzieht. Dann wird, um die Trachealfistel weit offen zu halten und auch eventuell einen leichten Zug nach vorn ausüben zu können, ein Drainrohrstück über den Fixierfaden geschoben und derselbe über einem Gazebausch geknüpft. Den Haltefaden der Tube kann man dann noch, um allzu schnelles Durchbeißen bei langem Liegenlassen der Tube zu verhüten, mittels Belloque durch die Nase führen.

Die fixierte Tube kann ruhig ohne Schädigung der Gewebe (die längste Zeit waren 14 Tage) liegen blieben.

Die Kinder lernen leicht auch Flüssigkeiten schlucken und kommen dabei in der Ernährung nicht zurück.

Trotz der großen Vorzüge des Intubationsverfahrens kommt man mit ihm auch manchmal nicht zum Ziel. Man wendet dann mit Vorteil rechtwinklig gebogene Bolzen an, welche von der Tracheal-

Digitized by Google

fistel aus nach oben in die Luftröhre bezw. den Kehlkopf geschoben werden. Sie haben, soweit sie sich in der Luftröhre befinden, abgesehen von ihrer soliden Spitze, einen durch ihre ganze Dicke gehenden breiten Spalt, durch welchen die Kinder bequem atmen und Schleim aushusten können. Ihr aus der Trachealfistel herausragender Teil ist mit verschiedenen Bohrlöchern versehen, dann zur Seite abgebogen und dient als Griff beim Einführen des Instrumentes. Über ihn läßt sich leicht ein Kanülenschild schieben und befestigen, so daß die Bolzenkanüle wie eine gewöhnliche Kanüle mit zwei Bändern um den Hals getragen werden kann. Nach der Einführung der Bolzenkanüle tritt gewöhnlich zuerst starker Speichelfluß ein, bald aber gewöhnen sich die Kinder und können sie ruhig 24 Stunden tragen, wenn nur die Öffnung der Kanüle von eingetrocknetem Schleim reingehalten wird.

Grätzer.

W. Pipping (Finne). Über das Vorkommen der Spätstörungen nach Tracheotomie bei Krupp.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar, April 1903.)

Der Verf. hat Aufklärungen von 67 Pat. gesammelt, die nach Tracheotomie als gesund vom Krankenhause entlassen wurden, um zu erfahren, inwiefern die Verff. recht haben, die behaupten, daß die Tracheotomie ernsthafte Spätstörungen hervorruft.

Sieben waren gestorben (sechs an akuten Krankheiten, hereditär belastet, einer an Tuberkulose). 60 lebten noch. Seit der Operation waren:

für	2	20	Jahre
„	8	15—20	„
„	10	10—15	„
„	20	7—10	„
„	7	4— 7	„
„	13	2— 4	„

verlaufen. Unter diesen befand sich nur ein (hereditär belasteter) Tuberkulöser, so daß die Tracheotomie nicht zur Tuberkulose prädisponiert. Bei 32,8 % wurden leichte Respirationsbeschwerden getroffen (Heiserkeit, Stridor, Dyspnoe, Neigung zu Katarrhen), so daß man annehmen muß, daß die Tracheotomie zu solchen leichteren Spätstörungen disponiert, selbst wenn die Tracheotomie natürlich nicht in allen diesen Fällen schuld daran ist.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Carlo Comba. Ein großer Fremdkörper in den Luftwegen.

(Rivista di Clinica Pediatria No. 4 1903.)

Ein 3½jähriges Kind hat eine große getrocknete Bohne aspiriert. Es wurde die Tracheotomie gemacht und mittels einer Pinzette der Fremdkörper, der sehr weit unten saß, stückweise entfernt.

F.

Digitized by Google

F. K. Lämmerhirt. Multiple Larynxpapillome im Kindesalter.
(Aus der Universitäts-Kinderklinik in Leipzig.)
(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 12.)

Beschreibung von drei Beobachtungen. Die ersten zwei zeigen, daß die Gefahr einer radikalen Operation mit Eröffnung des Larynx bei exakter Ausführung nicht eine große und der Erfolg, wenn auch mitunter erst nach vieler Mühe erreichbar, doch ein recht zufriedenstellender ist. Fall 3 demonstriert das Risiko, das man bei symptomatischer und exspektativer Therapie eingeht, indem bei akuten Infektionskrankheiten mit einem solchen Leiden behaftete Kinder einer größeren Gefahr ausgesetzt sind, als andere. Das Kind starb im Verlaufe eines Scharlachs. Grätzer.

Hunter Mackenzie. Über die Behandlung von Larynxgeschwülsten bei Kindern.
(Internationales Zentralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften, Januar 1903.)

M. hält die Thyreotomie zur Entfernung von Papillomen und ähnlichen Larynxtumoren bei Kindern für gefährlich und wenig erfolgreich. Die Geschwulstmassen rezidivieren immer von neuem. Ebenso ist es bei endolaryngealen Eingriffen. Er ist der Meinung, daß die Tracheotomie bessere Resultate zieht als irgendwelche andere Behandlungsmethode und verhältnismäßig am besten vor Rezidiven schützt. Wo komplette und dauernde Aphonie besteht, soll die Trachea eröffnet werden. Krebs (Hildesheim).

Victor Veau. Die angeborenen serösen Zysten des Halses.
(Archives de médicine des enfants, April 1903.)

V. hat einen Fall von angeborener Zyste des Halses beobachtet und macht im Anschluß an denselben eine längere Studie über die Natur und Entwicklung dieser Zysten. Das betreffende 21 Monate alte Kind bot seit der Geburt eine Schwellung der rechten Halsseite, welche in der Folge langsam zunahm. Als V. dieselbe sah, hatte sie die Größe einer Faust, erstreckte sich zwischen Unterkiefer, Sternokleidomastoideus und Clavicula, war außerordentlich weich, so daß man den Eindruck einer Pseudoreduktibilität gewann. Die Entfernung wurde ohne Schwierigkeit gemacht; am oberen Ende der mehrkämmerigen Zyste wurden einige kleine Lymphdrüsen gefunden. Die Geschwulst hatte mit der Umgebung keine besonderen Verwachsungen, doch fand man in dieselbe eindringend die dritte und vierte Wurzel des Brachialplexus, die durchschnitten wurden, letztere unterhalb der Abgangsstelle des Phrenicus. V. hält diese Zysten für in der Entwicklung zurückgebliebene Teile des lymphatischen Systems. Es existieren normalerweise am Halse der 2—3 monatlichen Embryonen lymphatische Hohlräume, welche in ihrer Struktur an die in Rede stehenden Zysten erinnern. Im weiteren Verlaufe des embryonalen Lebens bilden sich

Digitized by Google

diese Hohlräume zurück, doch ist es möglich, daß auf irgend eine Weise eine Störung in dieser Rückbildung eintritt und es zur Zystenbildung kommt. In manchen Fällen beobachtet man eine Verbindung zwischen diesen Zysten und der Vena jugularis interna, was auch bei den erwähnten lymphatischen Hohlräumen gefunden wird. Später schließt sich dieser Verbindungskanal, doch kann eine kleine Öffnung fortbestehen und man findet dann Zysten mit blutigem, statt mit serösem Inhalte.

E. Toff (Braila).

Max Schüller (Berlin). Ein inoperables Sarkom, behandelt mit Röntgenbestrahlung.

(Deutsche Medizinal-Ztg. 1903 No. 4.)

Der $3\frac{1}{2}$jährige Knabe wies ein rezidivierendes Rundzellensarkom auf, das männerhandgroß war und sich vom linken Hinterhaupt bis herab zur Clavicula erstreckte. Es wurden jeden zweiten Tag Bestrahlungen vorgenommen, und die ersten derselben hatten überraschenden Effekt, indem sehr auffällige Rückbildung der Geschwulstmasse erfolgte. Später zeigte die Einwirkung große Schwankungen und eine Heilung war nicht zu erzielen, das sehr elende Kind unterlag seinem Leiden. Jedenfalls wurde durch die Röntgentherapie das Wachstum des Tumors, der bekanntlich sonst sehr rasch zu wachsen pflegt, verzögert und auch ein Teil des Sarkomgewebes direkt zum Schwinden gebracht. Mehr Erfolg wird man wahrscheinlich haben, wenn man früher diese Behandlung einleitet, womit nicht gesagt werden soll, daß die chirurgischen Eingriffe in den Hintergrund geschoben werden sollen. Aber wo sie nicht ausführbar, da sollte die Röntgenbestrahlung sofort eintreten, sie sollte auch unmittelbar nach der Operation Platz greifen, zur Verhütung von Rezidiven.

Grätzer.

L. Levy. Zur Kasuistik der Prostatageschwülste im Kindesalter.

(Aus der chirurg. Universitäts-Kinderklinik zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 10.)

L. bereichert die spärliche Kasuistik um einen interessanten Fall. Bei dem 4jährigen Knaben ergab die Sektion ein Myxosarcoma prostatae. Blase und Mastdarm waren frei geblieben, dagegen die Pars prostatica urethrae vollständig destruiert und die Prostata ganz in dem Tumor aufgegangen. Die Geschwulst hatte sich hauptsächlich nach oben und unten entwickelt. Das ganze kleine Becken war mit Tumormassen ausgefüllt, und bei längerem Bestand der Krankheit wäre ein Durchbruch in die Peritonealhöhle erfolgt und hätte eine sarkomatöse Peritonitis erzeugt, wie schon mehrfach beobachtet wurde. Störungen bei der Harnentleerung traten hier relativ spät ein, 14 Tage vor der Aufnahme, wo der Tumor über gänseeigroß war; in diesen 14 Tagen könnte derselbe wohl kaum diese Größe erlangt haben. Pat. klagte nur über Schmerzen, solange komplette Harnverhaltung bestand. Schon bei der Aufnahme war es unmöglich, mittels Haarsonde in

Digitized by Google

die Blase zu gelangen. Es wurde daher die Sectio alta und nach 14 Tagen der tiefe Blasenschnitt gemacht, wobei sich die Unmöglichkeit herausstellte, die Geschwulst zu exstirpieren. Grätzer.

M. G. Aráoz et M. Manuel A. Santas. Les sarcomes viscéraux chez les enfants.

(Communication faite au XIV. Congr. internat. de Médecine.)

Die Verff. berichten über 10 Fälle von Sarkomen der Eingeweide bei Kindern im Alter von 2—11 Jahren (7 Knaben und 3 Mädchen). Nach ihrer Statistik bilden die Sarkome, abgesehen von den Hydatidencysten, welche die Verff. noch häufiger beobachteten, die häufigsten Neubildungen im Kindesalter, und zwar besonders zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr, seltener bei Kindern unter 2 Jahren. Der Sitz des primären Sarkoms fand sich 4mal im Mesenterium, und 2mal in der Niere, 2mal im Kleinhirn, 2mal im Darm und einmal in der Lunge. Histologisch handelt es sich mit Ausnahme von einem Gliosarkom des Kleinhirns um Rundzellensarkome. Was die Symptomatologie anbetrifft, so fehlen charakteristische Erscheinungen, es besteht nur im Endstadium der Erkrankung eine ausgesprochene Kachexie. Drüsenschwellungen fehlen, im übrigen richten sich die Symptome nach dem Sitz der Neubildung (Druckschmerzen, Dyspnoe und Dextrokardie bei Lungensarkom; Verstopfung, Schmerzen und Dyspnoe bei Mesenterialsarkomen; Durchfälle und Koliken bei den Darmsarkomen; Kopfschmerzen, anfallsweise auftretendes Erbrechen, Herdsymptome oder schwankender Gang, Neuritis optica bei den Hirnsarkomen). Die Nierensarkome verlaufen allgemein symptomlos, nur sehr große machen Schmerzen, Hämaturie fehlt oft. In dem einen Fall von Mesenterialsarkom wurde Ikterus und Entfärbung der Stühle beobachtet, bedingt durch Kompression des Ductus choledochus. Die Diagnose der Sarkome ist schwierig, das häufigere Vorkommen bei Kindern und das schnelle Wachstum der Tumoren spricht für Sarkom. Dieselben sind fest, häufig höckerig und von unregelmäßiger Gestalt, nicht schmerzhaft. Bei dem Fall von Lungensarkom wurde Fieber beobachtet, für das eine andere Ursache nicht gefunden wurde (Karzinomfälle mit Fieber). Der Verlauf war ein sehr schneller, meistens in wenigen Monaten, nur in zwei Fällen dauerte die Erkrankung etwas über ein Jahr. Die Therapie kann bei den Nierensarkomen nur eine operative sein; der eine Fall wurde operiert, aber mit negativem Erfolg. Schreiber (Göttingen).

Carl Hiort af Ornäs (Schwede). Zur Kasuistik des Sarkoms des Dünndarms.

(Upsala Läkareförenings Förhandlingar, N. F. Bd. 8 Heft 2.)

Verf. beschreibt 3 Fälle dieser seltenen Krankheit. Der eine betraf einen 7jährigen Knaben, der 3 Monate vor dem Tode plötzlich

Digitized by Google

mit Erbrechen und heftigen Bauchschmerzen erkrankte. Nach 3 Tagen wieder subjektives Wohlbefinden. 4 Wochen vor dem Tode traten wieder und ganz plötzlich Erbrechen, heftige Leibschmerzen und Druckempfindlichkeit des Leibes auf. Abwechselnd Stuhlverhaltung und Durchfälle. Im Krankenhause wurde ein faustgroßer Tumor palpiert, der sich von der Gegend der Harnblase aus bis zum Nabel streckte; Bauch aufgetrieben und empfindlich. Starke Abmagerung. Bei der Sektion fand sich ein faustgroßer Tumor im unteren Teile der Bauchhöhle, der an der Harnblase, der vorderen Bauchwand und einigen Darmschlingen fest adhärent war. Die Geschwulst erwies sich als im Dünndarm ca. 2 cm oberhalb der Ileokoekalklappe belegen, und zwar war das Darmrohr hier stark verdickt, während das Lumen zugleich erweitert war; der Tumor stellte also gewissermaßen eine aneurysmenartige Erweiterung des Darms dar. Die Dicke der veränderten Darmwand war wechselnd, im allgemeinen 2—2,5 cm, an einzelnen Stellen nur 0,5—1 cm; die Innenfläche des Tumors war zum großen Teile nekrotisch, das Mesenterium und das Omentum majus stark verdickt, die retroperitonealen Lymphdrüsen vergrößert bis zur Größe einer Walnuß. In den Nieren und der rechten Lunge zahlreiche Metastasen, das Zwerchfell von Geschwulstmassen durchwachsen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein zellenreiches Rundzellensarkom handelte.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

J. N. Hall. Congenital Dilatation of the small Intestine.

(Archives of Pediatrics, Januar 1903.)

Dilatation des Kolon ist häufig genug, aber angeborene Erweiterung des Dünndarmes gehört zu den Seltenheiten.

Ein Mädchen von 11 Monaten wurde zum Verf. wegen hochgradiger Verstopfung gebracht. Das Kind hatte seit der Geburt kein einziges Mal spontan Stuhlgang gehabt. Auf Eingießungen und Abführmittel folgten in der Regel normale Entleerungen alle 1 bis 2 Tage.

Allmählich verschlimmerte sich der Zustand, bis der Leib eine kolossale Ausdehnung annahm. Bei guter Beleuchtung konnte man drei Querfurchen über den Leib verlaufen sehen. Peristaltische Bewegungen wurden nicht wahrgenommen.

Im übrigen, außer einigen Verdrängungserscheinungen von seiten der Brustorgane, war nichts Abnormes nachzuweisen. Der Tod erfolgte alsbald, und bei der Sektion fand sich eine enorme Erweiterung des gesamten Dünndarmes (bis zu 2 Zoll im Durchmesser). Der Dickdarm maß etwa 1 Zoll im Durchmesser und enthielt normale Fäces. Stellenweise zeigte das ganze Darmrohr unregelmäßige Erweiterungen und Einziehungen.

Wahrscheinlich starb das Kind an der Autointoxikation vom Darme aus.

Leo Jakobi (New York).

Digitized by Google

Paul Kuliga. Zur Genese der kongenitalen Dünndarmstenosen und Atresien.

(Beitr. z. pathol. Anatomie und z. allg. Pathologie, Bd. 33 Heft 3 1903.)

In der Arbeit sind die in der Literatur niedergelegten 185 Fälle von kongenitalen Dünndarmstenosen und Atresien und die verschiedenen Theorien zur Erklärung dieser Mißbildungen ausführlich besprochen. Anspruch auf Wahrscheinlichkeit haben nur zwei Möglichkeiten, nämlich Enteritis oder Entwicklungsanomalie. Jedoch läßt sich in der Mehrzahl der Fälle weder für das eine, noch für das andere ein direkter Beweis erbringen. — Der in der Arbeit behandelte Fall betrifft ein Kind, das 10 Tage alt geworden ist, und welches von Anfang an alles Genossene erbrach und nie Stuhl gehabt hat. 7 Tage nach einer vorgenommenen Operation starb der Knabe. Die Leichendiagnose berichtet uns von multiplen Stenosen des Dünndarmes. Im Rektum oder Dickdarm war keine Stenose nachweisbar.

Schridde (Erlangen).

Schnizlein. Ein Fall von kongenitaler Atresie des Duodenums.

(Beitr. z. klin. Chirurgie, Bd. 36 Heft 3.)

Das interessante Präparat entstammt einem kurz nach der Geburt verstorbenen Kinde, bei dem als letzte Todesursache eine frische diffuse Peritonitis angetroffen wurde.

Es bestand eine komplette Atresie des Duodenums und weite Dislokation der beiden Dünndarmteile. Der ganze periphere Darmabschnitt erwies sich als hochgradig atrophisch, ebenso das Mesenterium.

Der zentrale Darmstumpf enthielt in seinem Innern eine obturierende Membran, die wohl durch Verwachsung von Schleimhautfalten zustande gekommen war. Vielleicht ist die ganz Mißbildung durch einen ähnlichen Vorgang entstanden.

Vulpius (Heidelberg).

H. Chiari. Zur Entstehung der kongenitalen Darmatresie aus Intussuszeption.

(Prager med. Wochenschrift 1903 No. 22.)

Im Jahre 1888 hat Ch. über einen Fall von Atresie des Ileums bei einem 7 Tage alten, reifgeborenen Knaben berichtet, bei welchem die Atresie des Ileums 15 cm über der Valvula ileo-coecalis durch die Ausheilung einer intrauterin entstandenen Intussuszeption sich entwickelt hatte; das Intussuszeptum war in dem unter der Atresie gelegenen, gleich dem Dickdarm ganz zusammengezogenen Abschnitte des Ileums enthalten, maß im ganzen 4 cm in der Länge, bestand jedoch nur im untersten Viertel aus der äußeren und der inneren Intussuszeptumlamelle, in den oberen drei Vierteln nur aus der äußeren Lamelle.

Digitized by Google

Seit dieser Zeit bekam Ch. von Fällen von kongenitaler Atresie des Darmes, in denen a priori überhaupt an die Entstehung der Atresie aus einer abgeheilten Intussuszeption gedacht werden konnte, also abgesehen von Atresie im Duodenum und abgesehen von Atresia recti, nur noch drei zu Gesicht. Aber alle drei schienen Ch.s Vermutung, daß eine intrauterin abgeheilte Intussuszeption des Darmes eine der häufiger vorkommenden Ursachen für eine kongenitale Atresie des Darmes abgeben dürfte, nicht zu bestätigen.

Nun hat H. Braun kürzlich eine Beobachtung publiziert, wo von einem Intussuszeptum zunächst nichts wahrzunehmen war, und wo sich erst bei der späteren mikroskopischen Untersuchung in dem obersten Abschnitte des distalen Darmendes, der makroskopisch nur weißlich-bröcklige Massen zu enthalten geschienen hatte, ein etwa 1 cm langer, nekrotischer Darmteil ergab, der an keiner Stelle eine Verbindung mit dem umgebenden Darme zeigte und danach zweifelsohne ein nekrotisch gewordenes Intussuszeptum gewesen war.

Diese Mitteilung regte Ch. an, auch seine Fälle nachträglich mikroskopisch zu untersuchen. Und es gelang ihm in der Tat, bei einem der drei Fälle auf diesem Wege den Nachweis zn erbringen, daß es sich hier um eine mit Atresie abgeheilte fötale Intussuszeption im Ileum gehandelt habe. Bei den beiden anderen Fällen fiel die Prüfung negativ aus, so daß Ch. bei dem einen bei der früheren Auffassung bleiben muß, daß die doppelte Atresie des Jejunums hier durch fötale Peritonitis bedingt gewesen war; der dritte Fall blieb nach wie vor unklar. Es können eben sehr verschiedene Momente zu einer solchen Atresie führen: fötale Peritonitis, Axendrehung des Darmes, Verschließung von Mesenterialarterien, Anomalien des D. omphalo-mesentericus u. s. w. Aber man darf sich auch nicht, will man fötale Intussuszeption ausschließen, mit der makroskopischen Untersuchung begnügen, da das Intussuszeptum oft so verändert ist, daß man es nur noch mikroskopisch feststellen kann.

Grätzer.

Louis Fischer. A case of Intussusception in a Baby fire months old.

(New York medical Journal, den 21. Februar 1903.)

Ein Fall von Darminvagination bei einem 5monatlichen Säugling. Das klinische Bild setzte sich aus folgenden Symptomen zusammen: Erbrechen und Stuhlverstopfung, große Auftreibung des Leibes, Schmerzen, Abgang von Blut und Schleim per anum, und gegen das Ende entzündliche Erscheinungen, die aber erst später auftraten. Die Kotstauung war eine absolute und dauerte länger als 10 Tage an. Winde gingen gelegentlich ab.

Obschon der Fall durch die Frühdiagnose, den guten Ernährungszustand, das kräftige Herz und die Abwesenheit eines Grundleidens eminent operationsgerecht war, verweigerten die Angehörigen einen chirurgischen Eingriff und das Kind starb.

Digitized by Google

Der invaginierte Darm konnte per rectum etwa $2^1/_2$ Zoll über dem After gefühlt werden. Nach innen sowie nach außen von der Intussuszeption ließ sich ein 14 Zoll langes Katheterstück einführen, ohne das Ende derselben zu erreichen. Leo Jakobi (New York).

Floren. Zur Kasuistik der chirurgischen Therapie der Darminvagination.

(Aus dem Elisabeth-Krankenhause zu Kassel.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 11.)

Es handelt sich um ein 7 Monate altes Kind, bei dem sich ein besonderer Handgriff bestens bewährte. Die Operation (24. VII. 1902) wird folgendermaßen geschildert:

ca. 10 cm langer Schnitt lateral vom linken Rectus zwischen diesem und dem Poupartschen Bande. Eröffnung des Peritoneums; dasselbe zeigt eine leichte sero-fibrinöse Ausschwitzung. Es zeigt sich, daß es sich um eine totale ileocoecale Intussuszeption bis zur Flexura lienalis handelt. Unter vollkommener Verzichtleistung auf jeglichen Zug an dem intussuszipierten Darmteile ging der Operateur direkt mit der Hand ins kleine Becken an den Kopf des Intussuszeptum und suchte dasselbe innerhalb des Intussuszipiens nach oben zu bringen. Unter streichenden Bewegungen wurden dann immer mehr Teile der Flexura über das mehr und mehr nach oben gedrängte Intussuszeptum geschoben, bis die Flexur frei wurde. Der intussuszipierte Darm füllte als dicke Masse das Kolon descendens aus, begann aber schon langsam an der Eintrittsstelle der Invagination sich zu lösen und herauszugleiten. Unter weiter streichenden Bewegungen löste sich der Rest der Invagination ganz von selbst. Der intussuszipierte Darm hatte an verschiedenen Stellen, namentlich auch an der Eintrittspforte, blauschwarz sugillierte Stellen und zeigte Adhäsionen und Verklebungen. Auch über der Flexur und dem Colon descendens war eine seröse fibrinöse Ausschwitzung zu finden. Nach 14 Tagen gesund entlassen.

Dies Verfahren ist bei der Behandlung eines doch immerhin ziemlich stark in Mitleidenschaft gezogenen Darmes als relativ mildes anzusehen, die Möglichkeit, daß die Serosa an irgend einer Stelle einreißt, durfte hier nicht groß sein. Denn die Gewaltwirkung erfolgt in Form eines Schubes mit Hinaufbringen gerade der Teile, die am tiefsten in pathologischer Lage sind. Die lädierteste Stelle am Darm, der sugillierte Einklemmungsring, bleibt vollständig ohne Berührung, ohne Gewalteinwirkung. Die Desinvagination errolgt relativ rasch; auch die Tatsache, daß der Darm in der letzten Phase der Einstülpung sich von selbst desinvaginiert, scheint dafür zu sprechen, daß das Verfahren den physiologischen Verhältnissen am meisten Rechnung trägt. Grätzer.

N. Delektorsky. Über die Atropinbehandlung des Ileus bei Erwachsenen und Kindern.

(Djetskaja Medizina 1902 No. 4.)

Nach Besprechung der einschlägigen Literatur teilt D. zwei Fälle von Darmverschluß bei Kindern mit, der durch Atropininjektionen verhältnismäßig schnell behoben wurde. Im ersten der beschriebenen

Digitized by Google

Fälle handelte es sich um ein 5jähriges Mädchen mit Obturationsileus, wobei, wie der Autor annimmt, die normalen Verhältnisse zwischen dem motorischen und dem Hemmungsapparate des Darmes zweifellos gestört waren. Im Laufe vom 25 Stunden wurden dem kleinen Mädchen 0,003 Atropin, auf drei Gaben verteilt, eingespritzt; irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen kamen nicht zur Beobachtung; ausgiebige Abführung erfolgte eine Stunde nach der letzten Injektion. Während der Rekonvaleszenzperiode machte sich bei der kleinen Pat. eine Parese des Darmes geltend, welche vielleicht der Atropinnachwirkung zur Last zu legen ist.

Im zweiten Falle handelte es sich ebenfalls anscheinend um eine Störung der normalen Beziehungen zwischen den Funktionen des motorischen und Hemmungsapparates des Darmes, hervorgerufen durch einen entzündlichen Prozeß in der Ileocoecalgegend (bei einem 12jährigen Knaben). Im Laufe von 19 Stunden wurden 0,003 Atropin, in drei Gaben, injiziert. Die schmerzstillende Wirkung trat in diesem Falle deutlicher hervor als im ersten. Abführung erfolgte erst 37 Stunden nach der letzten Einspritzung — unmittelbar nach einem Klysma. Auch hier wurde im weiteren Verlaufe der Krankheit eine vorübergehende Darmparese beobachtet. Interessant ist es, daß die Ursache der Blinddarmentzündung offenbar eine Askaride war, mit deren Abgang die Erscheinungen gelindert wurden. Dieser Fall ist also, nach des Verf.s Ansicht, in eine Reihe mit den von Metschnikoff beschriebenen, durch Darmschmarotzer bedingten Appendizitiden zu setzen.

Zum Schluß hält sich der Autor für berechtigt dem Atropin in der Kinderpraxis eine ebensolche Rolle zu vindizieren wie in der Therapie der Erwachsenen. A. Dworetzky (Moskau).

F. Klaussner (München). Zwei Fälle von Herniotomie wegen Inkarzeration von Coecum und Processus vermiformis bei kleinen Kindern.

(Wiener klin. Rundschau 1902 No. 49.)

K. bereichert die spärliche Kasuistik um zwei Fälle. Beide Kinder — das eine war 6 Wochen, das andere 4 Monate alt — wurden in Narkose ohne Zwischenfall operiert. Bei dem zweiten Kinde zeigte sich schon nach ca. 1 Woche ein Rezidiv, das erste ist jetzt über 1 Jahr alt und hat sich prächtig entwickelt. Grätzer.

Karewski. Zur Radikaloperation des angeborenen Leistenbruches kleiner Kinder.

(Centralbl. f. Chirurgie 1902 No. 51.)

Die Mitteilung Klemms veranlaßt K., wieder auf seine früheren Publikationen hinzuweisen, in denen er zeigte, daß die Schwierigkeiten der Isolierung der dem späteren Samenstrang zugehörigen Gebilde äußerst

Digitized by Google

leicht umgangen werden können, wenn man die Bruchhüllen nur bis auf die Serosa inzidiert und dann den die innerste Schicht des Sackes bildenden Processus vaginalis peritonei stumpf auslöst. Es gelingt das fast ausnahmslos ohne Eröffnung der Serosa, nämlich immer dann, wenn nicht Verwachsungen zwischen Bruchinhalt und Bruchsack vorliegen. Im übrigen hat ja eine Durchlöcherung derselben keinen Nachteil. Niemals ist K. in seinen zahlreichen Fällen eine wesentliche parenchymatöse Hämorrhagie oder eine Verletzung der Gefäße oder des Vas deferens vorgekommen. Die Isolierung läßt sich unschwer bis über die innere Öffnung des Leistenkanals hinauf vornehmen, man kann dort das Peritoneum zusammenschnüren und erhält damit einen genügend sicheren Verschluß, der weder bei sehr großen Bruchpforten noch selbst bei heftigem Husten der Kinder versagt. Pfeilernaht, Bassinische Verlagerung und andere Methoden der Radikalbehandlung haben sich K. bis zum vierten Lebensjahre der Kinder als völlig überflüssig erwiesen, trotzdem er ausschließlich bei großen Skrotalbrüchen den Eingriff für indiziert hält, also stets unter ungünstigen Verhältnissen operiert.

Da sich unter K.s Fällen einige befinden, die jetzt mehr als zwölf, andere die mehr als zehn, viele die mehr als 6 Jahre rezidivfrei sind, scheint ihm diese einfache Methode sich vollauf bewährt zu haben und allen anderen Arten der Operation vorzuziehen zu sein. Sie ist in wenigen Minuten ausführbar, gibt die besten Wundverhältnisse, welche selbst bei Beschmutzen mit Urin und Kot keine Gefahren in sich bergen, und führt meist in 8—10 Tagen zur Vernarbung. Die überwiegende Mehrzahl der Kinder wird von K. unter sehr ungünstigen häuslichen Verhältnissen poliklinisch operiert, ohne daß jemals daraus der geringste Nachteil erwachsen ist, obgleich eine nicht geringe Zahl der kleinen Pat. sich in den ersten Lebensmonaten befindet, also von irgend einer Sorgfalt für Reinhaltung gar keine Rede sein kann. In den ersten Tagen wird die Wunde mit einem täglich zu wechselnden Jodoform- (in letzter Zeit Vioform-)Verband bedeckt, alsdann nur mit einem von der Mutter bei jedesmaliger Beschmutzung zu wechselnden Airolsalbenläppchen. Grätzer.

E. Maillefert. Akute Hydrocele und Leistenbruch.

(Wiener klin. Rundschau 1903 No. 24.)

Fall von Hydrocele acuta funiculi spermatici bezw. Perispermatitis serosa bei einem 5jährigen Knaben, der seit 2 Jahren wiederholt in der einen Leistengegend eine schmerzhafte Geschwulst bekommen hatte, die nach einigen Stunden immer wieder spontan verschwand. Diesmal war dies nicht der Fall, vielmehr traten nach einigen Stunden schwere Allgemeinerscheinungen, Erbrechen, Druckempfindlichkeit des Unterleibes, Kollaps u. s. w. ein, so daß M. an der Diagnose zu zweifeln begann und in der Meinung, es könnte, obwohl objektiv kein Grund zu dieser Vermutung vorlag, sich doch um eine inkarzerierte Hernie handeln, eine sofortige Operation vorschlug. Dieselbe wurde nicht genehmigt, und tags darauf war die Geschwulst verschwunden zugleich mit den übrigen Krankheitssymptomen. Grätzer.

Digitized by Google

Frederic Griffith. Ein Instrument, um eine Hydrocele zu diagnostizieren.

(Journ. of cut. and genit.-urin. dis. Bd. 20, September 1902.)

Die sicherste Methode, eine Hydrocele zu diagnostizieren, ist die, daß man Licht durchfallen läßt. Die Transparenz ist pathognomonisch, wenn nicht der Inhalt durch Beimengung von Blutfarbstoff dunkel geworden oder die Tunica stark verdickt ist. Um in solch zweifelhaften Fällen die Diagnose zu ermöglichen, bedient man sich einer zylinderförmigen, an beiden Enden offenen Röhre, z. B. einer solchen für Heftpflaster, die man auf 2 Zoll Durchmesser und 6—8 Zoll Länge sich zurecht schneidet. Die Innenfläche wird schwarz angestrichen oder mit schwarzem Papier beklebt. Bringt man nun den Hydroceletumor zwischen Kerzenlicht und das eine Ende der Röhre und sieht durch das andere Ende hindurch, so tritt dem Beschauer die Transparenz von flüssigem Inhalt deutlich ins Auge.

C. Berliner (Aachen).

L. Strominger. Rechtsseitige inguinale Kotfistel; doppelte Kryptorchie; Darmresektion; Heilung.

(Spitalul 1903 No. 4—5.)

Ein 13jähriger, sonst immer gesund gewesener Knabe hatte vor $1\,^1/_2$ Jahren einen Abszeß der rechten Leistenbeuge gehabt, welcher eröffnet wurde, wodurch sich viel Eiter entleerte. Die Suppuration dauerte $1\,^1/_2$ Monate und wurde dann das Auftreten einer Kotfistel bemerkt. Nach vorgenommener Resektion des fistulösen Darmstückes und Entfernung der degenerierten, in der Bauchhöhle zurückgebliebenen Hoden erfolgte Heilung per primam. Es scheint sich in diesem Falle um eine eingeklemmte Darmschlinge gehandelt zu haben, welche mit dem Leistenkanal Adhärenzen einging und dann perforierte.

E. Toff (Braila).

C. Longard. Zur Operation der Retentio testis inguinalis.

(Aus dem Krankenhause Forst-Aachen.)

(Centralblatt f. Chirurgie 1903 No. 8.)

L. empfiehlt folgendes von ihm erprobtes Verfahren: Nach der Durchschneidung der Haut wird die Fascie des Obliquus ext. in der ganzen Länge des Leistenkanals gespalten, der Hoden vorgezogen und der Samenstrang bis hoch hinauf in den Leistenkanal isoliert, die Tunica communis oberhalb des Hodens quer durchtrennt und der Hoden so mobilisiert, daß er sich bequem an den Grund des stumpf erweiterten leeren Hodensackes bringen läßt. Nun wird in den tiefsten Punkt des Hodensackes ein alle Schichten bis auf den Hoden durchtrennender Schnitt von etwa 2—3 cm Länge gemacht, ein etwa zehnpfennigstückgroßes Segment des Hodens in diesen Schlitz gedrängt und hier durch sechs bis sieben Fäden, welche

Digitized by Google

die Skrotalhaut und Tunica albuginea des Hodens fassen, ringsum fixiert. Diese Fäden werden lang lassen und an der Innenseite des Oberschenkels durch einige Heftpflasterstreifen befestigt. Hierauf wird die Fascie des Obliquus ext. und der Hautschnitt vernäht und eventuell noch nach dem Vorschlage Kochers die Tunica communis des Samenstranges mitgefaßt.

Durch die auf diese Weise mit Hoden und Skrotum vereinigten Fäden gelingt es leicht, eine Extension an beiden Gebilden und am Samenstrang auszuüben, die nach Belieben geschwächt oder gesteigert werden kann und so ein Hinaufgleiten des Hodens verhütet.

Grätzer.

Steinhauer (Naumburg a. S.). Eine seltene Ursache von Darmstenose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 23.)

Ein 9jähriger Knabe erkrankte unter Erscheinungen, die auf eine partielle Intussuceptio schließen ließen. Die Elteren gaben das Heben einer schweren Last als Ursache der Erkrankung an. Schon wollte Prof. v. Bramann operativ eingreifen, als mehrere große Knäuel von Taeniengliedern abgingen, worauf die unter dem linken Rippenbogen vorhanden gewesene Resistenz schwand, das Fieber fiel, Stuhlentleerung wieder in normaler Weise erfolgte. Grätzer.

W. Asam (Murnau). Taenia cucumerina bei einem Kinde.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 8.)

Ein 19 Monate altes Kind brachte Gurkenkernen ähnliche Körperchen im Stuhl zutage, die frisch rosarot tingiert erschienen, in älterem Zustande weiß bis weißgrau. Die Familie hatte einen Hund besessen. Auf Extr. filic. mar. 2,0: Syr. Menth. 30,0 gingen einige Exemplare von Taenia cucumerina ab, als welche ein Kenner auf diesem Gebiete, Huber (Memmingen) jene Individuen erkannte.

In einem „Zusatz" fügt Huber einiges über diese Taenie, die ja beim Menschen recht selten ist, bei. Die Taenia cucumerina, mit welcher die T. elliptica der Katze identisch ist, kommt bei etwa 40 % aller Hunde im Dünndarm vor. Des Cysticercoides häufigster Träger ist nach Grassi der Hundefloh. Bei dem intimen Umgange der Kinder mit den Vierfüßern ist es nicht zu vermeiden, daß Flöhe in die Milchschüsseln oder das Butterbrot der Kleinen gelangen; auch Übertragung durch Katzen ist leicht möglich. Es ist wiederholt beobachtet, daß die Anwesenheit vieler Taeniae cucumerinae bei Canis schwere Darmstörung, teils nervöse Symptome (Epilepsie, Wutanfälle, Pseudo-Lyssa) erzeugt hat; auch sind bei Hunden tunnelartige Unterminierungen der Darmschleimhaut beschrieben. Was aber bei Hunden geschehen kann, ist auch bei den Kindern möglich, so daß jedenfalls Vorsicht geboten erscheint. Grätzer.


Digitized by Google

G. v. Hainiss. Das massenhafte Auftreten von Askariden bei einem 6 Jahre alten Knaben.

(Budapesti orvosi ujság, 14. Mai, 1903.)

Der 6 Jahre alte Knabe R. H. wurde am 16. XI 1902 im St. Rochus-Hospitale mit Konstipation, Übelkeiten, Kopf- und Bauchschmerzen vorgestellt. Am 18. XI. wurden einige Askariden entleert, welche auf Darreichung von Santonin bis zum 3. I. 1903 die Zahl von 279 erreichten. Nach Abtreibung der Würmer besserte sich der Zustand rapid.

Ernst Deutsch (Budapest).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Piemontesische Sektion der Italienischen Gesellschaft für Pädiatrie.

Sitzung vom 12. Februar 1903.

Motta: **Über die Indikation zur unblutigen Behandlung der angeborenen Schulterluxation.** Redner beschreibt ein Verfahren, mit dem zu beginnen ist, sobald die Deformität entdeckt ist, und das in Massage, besonders Abduktion und Außenrotation, Extension an den Füßen u. s. w. besteht und das ihm in 20 Fällen, worunter 7 doppelseitige waren, gute Dienste geleistet hat.

Meusi berichtet über einen Fall von **Anaemia splenica im Kindesalter.** Die histologische Untersuchung der Milz ergab Sklerose der Pulpa und der Malpighischen Körperchen. Organtherapie ergab in diesem Falle eine deutliche Besserung, die vielleicht zur Heilung geführt hätte, wenn nicht eine Bronchopneumonie den Exitus verursacht hätte.

Meusi berichtet über **Nierenerkrankungen bei Säuglingen.** Er verfügt über 12 Fälle; in einigen bestand Sklerem, in einigen Sklerödem, bei anderen waren keine Erscheinungen seitens der Haut vorhanden; anämische Konvulsionen waren nur einmal aufgetreten. Redner verbreitet sich über die Differentialdiagnose zwischen Sklerem und Sklerödem. Was die Pathogenese des letzteren anbetrifft, so ist M. auf Grund klinischer und pathologisch-anatomischer Erfahrungen nicht geneigt, die Theorie der Niereninfektion in allen Fällen anzuerkennen, vielmehr glaubt er, daß es sich oft nur um individuelle Insuffizienz und Inmaturität der Niere handelt.

Vallana spricht über den **Einfluß von Milchgenuß auf die Milchsekretion.** Im Gegensatz zu anderen Beobachtern hat V. von einem täglichen Milchgenuß von 1 $^{1}/_{2}$ Liter bei gesunden, gut genährten Säugenden keinen Einfluß auf die Milchsekretion wahrnehmen können.

Muggia **berichtet über einen Fall von angeborener kompletter Paralyse aller vier Extremitäten.** Es handelte sich um ein von gesunden Eltern stammendes Kind, das bei der Geburt 2,900 kg wog. Nach 2 Tagen bemerkte man, daß das Kind weder die oberen noch die unteren Glieder bewegen konnte. Alle sonstigen Körperfunktionen waren normal. Im Alter von 4 Monaten starb das Kind an Bronchitis. Autopsie konnte nicht gemacht werden. Nach Ausschluß aller sonst in Frage kommenden Möglichkeiten äußert M. die Vermutung, daß es sich um eine Aplasie des Rückenmarks gehandelt haben könne. F.

Digitized by Google

Nürnberger med. Gesellschaft und Poliklinik.

(Nach der Münchener med. Wochenschrift.)

Sitzung vom 15. Januar 1903.

Heinlein legt das **Präparat eines** mit dem Erfolg guter Beinfunktion **wegen Tuberkulose resezierten Kniegelenkes** eines 5jährigen Knaben vor, dessen Leiden auf 3 Jahre zurückdatiert, bei welchem sich eine rechtwinklige Beugekontraktur des Gelenkes entwickelt hatte und der Gang völlig unmöglich geworden war. Das Präparat hat insofern ein gewisses Interesse, als kleine käsige Zerfallsherde sich lediglich in den Mm. subcrurales genu und in und um den Schleimbeutel des M. semimembranosus in der Kniekehle fanden, während die Gelenkkapsel stark atrophiert, der Gelenkraum teilweise verödet sich darstellte und die resezierten knöchernen Gelenkenden vollends das Bild einer geheilten Tuberkulose darboten: die knorpelige Oberfläche der letzteren dunkler gefärbt und minder glänzend als normal, die Oberfläche ist uneben, zeigt dort, wo früher erweichtes Knochengewebe dem Druck des gegenüberliegenden gesunden Knochens nachgegeben hat. Einsenkungen, Vertiefungen, dazwischen auch wieder plane Flächen, an die Schliffflächen der deformierenden Gelenkentzündung erinnernd.

Weigel demonstriert ein von ihm durch die Operation gewonnenes Präparat von **akuter Darminvagination.**

Dasselbe stammt von einem Kind von 8 Monaten, das von der Mutter gestillt worden und angeblich stets gesund gewesen war; insbesondere soll es nicht an Darmkatarrhen gelitten haben. Die Erkrankung begann 4—5 Tage vor der Operation mit Erbrechen, blutigen Stühlen, Leibschmerzen und Meteorismus. Am Tage vor der Operation ging eine fetzige Membran ab. Auf Grund dieser Symptome und der in der linken Bauchseite fühlbaren wurstförmigen prallen Geschwulst wurde die Diagnose gestellt und durch die Operation bestätigt. Auch der ins Rektum eingeführte Finger fühlte hoch oben eine rundliche, pralle Resistenz, welche sich bei der Operation als das untere Ende des Invaginatums herausstellte.

Die Operation ergab, daß das ganze Kolon und ein Teil des Ileums an der Invagination beteiligt war, welche bis ans untere Ende der Flexur reichte.

Die Desinvagination gelang nur zum kleinen Teil, weil der Darm an mehreren Stellen gangränös und die sich berührenden Flächen mehrfach verklebt waren. Die Gangrän machte die Resektion des demonstrierten Stückes nötig, welches einen Teil des unteren Ileums, das ganze Kolon und einen Teil der Flexur umfaßte. Beim Aufschneiden des Präparates ergab sich, daß der vorausgehende unterste Teil des Invaginatums das Coecum und daß die Invagination zum Teil eine doppelte war.

Sitzung vom 5. Februar 1903.

Flatau zeigt einen ringförmigen **Prolaps der Harnröhrenschleimhaut** eines 7jährigen Mädchens. Der halbpflaumengroße Tumor drängte sich zwischen den Labien vor, blutete auf Berührung leicht. verursachte stetes Drängen zum Urinieren und Brennen während desselben. Die Diagnose war durch die in der Mitte des Tumors gelegene Harnröhrenmündung sofort klargestellt. Die Ätiologie wird in diesem Falle wohl in den schlechten Ernährungsverhältnissen des schwachen und muskelarmen Kindes gelegen haben, ferner in der gleichzeitig bestehenden hartnäckigen Verstopfung. F. steht ferner auf dem Standpunkte, daß für das Entstehen des Harnröhrenschleimhautprolapses die Situation und der Verlauf des Blasenhalses und seine Verhältnisse zur Harnröhre einen wichtigen Anteil hat. Auch in dem beobachteten Fall war die Symphyse besonders steil und die Harnröhre lief fast senkrecht in die Höhe. Die einzige rationelle Therapie bei den Formen des großen und ringförmigen Prolapses ist die blutige Abtragnng mit sorgfältiger Annähung des zentralen Mukosastumpfes an die vaginale Umsäumung der Mündung. Da es meist sehr stark blutet, so ist es rätlich, den Prolaps nicht mit einem Mal zu resezieren, sondern partienweise vorzugehen und bei jeder abgetrennten Stelle sofort mit Katgut zu vernähen. Nach der kleinen Operation zeigt sich nicht selten eine Inkontinenz, die indes nach kurzer Zeit spontan verschwindet.

Sitzung vom 2. April 1903.

Steinhardt spricht über **Barlowsche Krankheit**, besonders über die Symptomatologie und Ätiologie derselben und teilt folgenden Fall mit:

Digitized by Google

Kind M., 8 Monate alt, war im Alter von 3 Monaten an Magendarmkatarrh erkrankt gewesen und seitdem ausschließlich mit Allenburys Milchnahrung ernährt worden. Seit 4—5 Wochen bemerkt der behandelnde Arzt Schwellung des Zahnfleisches, seit 14 Tagen Schwellung beider Beine; Kind nimmt zusehends ab, ist blässer geworden, schreit viel, besonders beim Anfassen. Die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ergibt normale Verhältnisse. Am Skelett keine Zeichen von Rachitis. Stuhl immer in Ordnung; Urin stets frei von Blut. Die beiden oberen mittleren Schneidezähne bereits durchgebrochen, das Zahnfleisch in der Umgebung derselben dick geschwollen, tief dunkelblau verfärbt, leicht blutend; in der Gegend der noch nicht sichtbaren unteren mittleren Schneidezähne ähnliche, aber weniger stark ausgeprägte Veränderungen wie oben. Intensive Schwellung des linken Oberschenkels, sowohl der Weichteile als auch des deutlich fühlbaren Knochens; keine Hautrötung; starke Druckempfindlichkeit. Rechter Oberschenkel weniger geschwollen. Blasses Aussehen. Temperatur 39,5°. Günstige hygienische Verhältnisse. — Auf sofortige Abschaffung der bisherigen Ernährung und Verabreichung roher, ungekochter Kuhmilch eklatante Besserung in wenigen Tagen und nach einigen Wochen vollständige Heilung.

Steinhardt berichtet ferner über einen typischen Fall der sogenannten **Winckelschen Krankheit** (**Cyanosis afebrilis icterica perniciosa cum haemoglobinuria**) bei einem 10tägigen Kinde. Medikamente waren nie verabreicht worden; dagegen gibt die Mutter an, daß sie bereits 2 Kinder unter den nämlichen Erscheinungen verloren habe. Tod innerhalb 36 Stunden.

Voit hat 2 Fälle von **Möller-Barlowscher Krankheit** gesehen:

1. 1882 ca. 1 Jahr altes rachitisches Kind, seit der Geburt ausschließlich mit Wafflers Kinderzwieback ernährt. Schmerzhafte blutunterlaufene Schwellungen an den Epiphysen der unteren Extremitäten, vereinzelte Hautblutungen, Stomatitis ulcerosa mit Blutungen der Schleimhaut. Heilung.

2. 1896 13 Monate altes rachitisches Kind, seit der Geburt ausschließlich mit Gärtners Fettmilch genährt; hochgradige Anämie, Fieber, blutige Stuhlgänge, Blut im Urin, starke Schwellung der Diaphyse der rechten Tibia, wahrscheinlich durch periostale Blutung bedingt. Das Zahnfleisch leicht blutend; am Rücken vereinzelte Petechien. Vollständige Heilung nach 10 Wochen durch Anwendung gekochter Milch, Kindermehl, Spinat und Fleischbrühe.

Hintner legt ein seltenes Präparat einer **Herzmißbildung** vor.

Vollständiger Defekt des Septum ventricul. Aorta entspringt in der Mitte des Ventrikels und vorne, Arter. pulmonalis entspringt rückwärts und ist im Anfangsteil kaum für eine dünne Sonde durchgängig. Valvul. bicuspidalis normal entwickelt, Valvul. tricuspidalis fehlt. Beide Atrien entwickelt, miteinander durch eine dünne häutige Klappe verbunden; Septum atriorum als solches ebenfalls fehlend. Es würde sich wohl um ein Cor triloculare biatriatum handeln.

IV. Personalien.

Leipzig. Prof. Dr. **Tillmanns**, Direktor der chirurg. Abteilung des Kinderkrankenhauses, zum Ehrenmitglied der American therapeutic Society ernannt.

Wien. Prof. Dr. **Escherich** zum Ehrenmitglied der American pediatric Society ernannt.

Budapest. Dozent für Kinderheilkunde Dr. **M. Szalárdy** zum Direktor des dortigen staatlichen Kinderasyls ernannt.

— Chefarzt der Abteilung für Augenkranke des Adèle Brody-Kinderspitals, Dr. **M. Mohr**, habilitiert als Dozent für Kinderheilkunde.

Prag. Dr. **J. Langer** habilitiert für Kinderheilkunde an der deutschen Universität.

Lemberg. Dr. **Fr. X. Lewkowicz** habilitiert als Dozent für Kinderheilkunde.

Toulouse. Dr. **Bézy** ernannt zum Professor für Kinderheilkunde.

Neapel. Dr. **A. Curcio** habilitiert für orthopädische Chirurgie.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

VIII. Jahrgang. 1. September 1903. No. 9.

I. Originalbeiträge.

(Aus dem Kinderspital München-Nord.)
(Privatdozent Dr. Hecker und Privatdozent Dr. Trumpp.)

Ein Fall von Henochscher Purpura.

(Zugleich ein Beitrag zur Wirkung des Atropins.)

Von

Privatdozent Dr. **Hecker.**

Der im folgenden wiedergegebene Fall erscheint mir in zweifacher Hinsicht mitteilenswert. Einmal wegen der relativen Seltenheit derartiger Krankheitsbilder, zum andern wegen des Erfolges der dabei eingeschlagenen Therapie. Unter Henochscher Purpura versteht man heute eine von Henoch im Jahre 1868 zuerst beobachtete Affektion, bei welcher sich zu den schon vorhandenen Symptomen der Peliosis rheumatica — Blutflecken und Gelenkschwellungen — noch gewisse abdominale Erscheinungen, nämlich Erbrechen, Darmblutungen und Kolik hinzugesellen. Charakteristisch in den Henochschen Fällen war das Auftreten der genannten Erscheinungen in Schüben mit mehrtägigen, wöchentlichen, ja selbst einjährigen Intervallen. Fieber war nicht konstant und hielt sich meist auf einer mäßigen Stufe. Erscheinungen am Herzen wurden nicht beobachtet. Die Prognose möchte Henoch trotz des günstigen Ausganges fast aller seiner Fälle wegen der Möglichkeit einer Nephritis nicht absolut günstig stellen.

Die Darmerscheinungen treten gewöhnlich mit größerer Heftigkeit auf und beherrschen dadurch eine Zeitlang das Krankheitsbild, insbesondere sind die Kolikanfälle äußerst schmerzhaft und schlafraubend. Die Stühle erscheinen entweder deutlich bluthaltig, schwarz oder nur orangenfarbig. Der Verlauf ist ein zwar sehr protrahierter, aber meist günstiger. Die Therapie ist eine recht unsichere. Henoch schien die Applikation eines Eisbeutels auf den Unterleib, Eismilch zur Nahrung und eine Mandel- und Öl-Emulsion, bei heftigen Schmerzen mit Zusatz von Extr. Opii (0,05 : 120,0) am besten zu wirken; von Ergotin und Eisen sah er keinen Erfolg. Seitz bezeichnet es als charakteristisch für die Krankheit, daß die Therapie gegenüber dem eigenartigen Symptomenkomplex, sowohl den Schmerzen als auch den Rezidiven nicht viel zu leisten vermag. Er schließt sich den Henochschen Empfehlungen an und verweist bezüglich der medikamentösen Therapie auf die Purpura haemorrhagica: säuerliche

Digitized by Google

Mittel (Zitronensäure, Phosphorsäure), China Dekokt 5%, Ergotin. dialys. 1%, Plumb. acet. mit Pulv. Opii aa 0,001 pro Dosi, Liqu. ferri sesquichl. 1%, gegen Magendarmblutungen speziell Irrigationen mit ½%iger Plumb. acet.-Lösung. Bendix empfiehlt bei Magendarmblutungen Injektionen von 5% Gelatine; Fischel eine 2—5%ige Lösung innerlich.

Derartige Fälle von Purpura rheumatica, bei denen es zu Blutungen auf die Magendarmschleimhaut kommt, sind wie gesagt selten. Sie als eine eigene Krankheitsform abzutrennen, rechtfertigt sich nur durch die in der Regel beobachtete Schwere des Allgemeinzustandes, die bei rheumatischer Purpura sonst wohl nicht beobachtet wird und ferner durch das in den Vordergrundtreten der Darmerscheinungen, die dann, ähnlich wie die Basilarmeningitis vielen Fälle akuter Miliartuberkulose, der Erkrankung ihren Stempel aufdrücken.

Die Krankengeschichte meines Falles ist auszugsweise folgende:

Anamnese: 9jähriger bis dahin gesunder Knabe. Der Vater gibt mit Genugtuung an, daß sein Sohn sehr gern und auch ziemlich viel Bier (bis zu einem Liter pro Tag) trinke. Nach mehreren Diätfehlern erkrankte der Knabe am 29. VIII. 1902 mit Fieber, Appetitlosigkeit und einer schmerzhaften Schwellung am rechten Fußgelenk.

Status praesens. 30. VIII. Kräftig gebauter und gutgenährter Knabe. Temperatur 39°. Die Gegend des rechten Fußgelenkes stark geschwollen und gerötet. Auf Druck sehr empfindlich. In der Mitte des rechten Oberarmes findet sich eine pflaumengroße Schwellung, über welcher die Haut gerötet, schmerzhaft und wenig verschieblich ist. In der Haut beider Unterschenkel zahlreiche bis linsengroße, dunkelrote Flecken, die auf Fingerdruck nicht verschwinden. Mundhöhle und Rachen ohne Blutungen, Zahnfleisch intakt. Innere Organe ohne pathologischen Befund. Diagnose: Purpura rheumatica. Ordination: Milch- und Suppendiät, Natr. salycil. 0,5 3mal täglich, äußerlich Ichthyolvasogen.

31. VIII. Neue Schwellungen am linken Oberarm und Unterschenkel. Temperatur 38,3°.

1. IX. Frische Blutungen an den Nates und am Penis. Große Schmerzhaftigkeit der oberen Lendenwirbel. Temperatur 38,6°.

3. IX. Seit gestern fieberfrei. Keine neuen Blutungen oder Schwellungen; Fußgelenk schwillt ab. Seit heute absolute Appetitlosigkeit und häufiges Erbrechen. Ordination: Salyzil ausgesetzt, halbstündlich etwas Eismilch.

5. IX. Immer noch anhaltendes Erbrechen grünlicher Massen, Eiswasser und Eiweisswasser-Diät.

7. IX. Erbrechen hat seit heute aufgehört.

8. IX. Ausgesprochene Appetitlosigkeit, Ekel vor jeder Nahrungsaufnahme. Seit dem Morgen heftige Kolikschmerzen, besonders in der Gegend über dem Nabel; daselbst auch Druckempfindlichkeit. Abends plötzlich dunkelrotes, zum Teil geronnenes Blut im Stuhle; dieser unter heftigen Schmerzen entleert. Pat. macht den Eindruck eines Schwerkranken. Ordination: Eisblase, Eiswasser, Tr. Opii. gtt. VI.

9. IX. Morgens. Leibschmerzen unvermindert. Neuerliche Darmblutung. Temperatur 37,4°; Puls 134. Eine dargereichte Lösung von Ergotin 2,0 c. Tr. cinnamomi. 50,0; wird erbrochen, ebenso eine 10%ige Gelatinelösung. Tr. Opii gtt. 8. Abends. Blutiger, unter heftigen Schmerzen entleerter Stuhl. Große Leibschmerzen. Kein Fieber.

10. IX. Morgens 5 Uhr zum Pat. gerufen. Derselbe windet sich vor Leibschmerzen laut stöhnend im Bett; sieht merklich verfallen aus. Enge Pupillen. (Opium!) Puls 164! Temperatur 37,6. Injektion von 0,0003, Atropin. sulfur. (3 Striche einer Lösung von Atropin. 0,01; aqu. dest. 10,0.) Die Wirkung der Injektion ist eklatant. Im Verlaufe einer Viertelstunde, während welcher sich die Pupillen allmählich erweitern, beruhigt sich Pat. vollständig, die Leibschmerzen lassen nach.

Digitized by Google

Vormittags 10 Uhr: Pat. ist vollkommen schmerzfrei; kurz vorher wurde ohne Schmerzen hellbrauner, anscheinend blutfreier Stuhl entleert. Puls 134.

Abends wiederum Leibschmerzen, aber von viel geringerer Intensität als am Morgen. Im Stuhl etwas Blut. Zweite Injektion von 0,0003 Atropin. Gleichzeitig Injektion von 30 cbcm 10 % Gelatinelösung.

11. IX. Ausgezeichnete Nacht. Pat. schlief ohne alle Schmerzen ganz durch. Puls 112. Temperatur 37,2. Abends Wohlbefinden.

12. IX. Nach einer guten Nacht und einem ebenso verlaufenen Tag ist das Allgemeinbefinden abends wieder weniger gut. Frische Petechien an der Bauchhaut, am linken Ellbogen und rechten Fuß. Keine Darmblutung. Etwas Leibschmerzen, die durch eine dritte Atropininjektion sofort beseitigt werden. Ziemlich heftige Schmerzen an der geschwollenen, nicht geröteten Einstichstelle der Gelatineinjektion. Appetitlosigkeit hält an. Innerlich Gelatinelösung 1 Eßlöffel. Diese wird jetzt nicht mehr erbrochen und einige Tage noch weiter gegeben.

13. IX. Vorzügliche Nacht. Keinerlei Schmerzen mehr. Puls 92. Temperatur 37,2. Zwei dünne, braune, anscheinend blutfreie Stühle.

Von diesem Tage ab besserte sich das Allgemeinbefinden ganz langsam, aber stetig. Koliken oder Darmblutungen wurden nicht mehr beobachtet. Am hartnäckigsten blieb die Appetitlosigkeit bestehen. Dagegen traten im Verlaufe der nächsten 3 Wochen 2mal frische Petechien an den früher befallenen Stellen ohne jede Nebenerscheinung auf. Am 12. X. konnte Pat. geheilt entlassen werden.

Während der ganzen Zeit zeigte das Herz keinerlei besondere Erscheinungen; auch die Mundhöhle blieb vollkommen unbeteiligt. Im Urin niemals Eiweiß, Zucker- oder Blutbestandteile.

Aus der Krankengeschichte geht zunächst deutlich hervor, daß wir es wirklich mit einem Analogon jener von Henoch beschriebenen Fälle von Purpura mit abdominalen Symptomen zu tun haben. Eine akute Purpura rheumatica wird durch Hinzutreten von schweren abdominalen Symptomen, Anorexie, Erbrechen, Koliken und Darmblutungen zu einer eigenartigen Erkrankung umgewandelt. Das nur anfangs bestehende und mäßige Fieber, die Nichtbeteiligung des Herzens, der negative Urinbefund lassen eine Sepsis ausschließen. Die intestinalen Erscheinungen setzen am fünften Krankheitstage mit Appetitlosigkeit und Erbrechen ein. Letzteres hält hartnäckig 3 Tage an. Am neunten Krankheitstage erst erscheinen heftige Kolik- und Darmblutungen. Die Schmerzen erreichen ihren Höhepunkt am 14. Krankheitstage, 7 Tage nach dem ersten Erbrechen. Während der Zeit der Darmblutungen sistiert das Aufschließen von Hämorrhagien in der Haut. Das von Henoch als charakteristisch bezeichnete Auftreten der Symptome in Schüben zeigt sich deutlich nur bei den Petechien in der Haut, von denen im ganzen vier größere Eruptionen beobachtet werden, während der abdominale Symptomenkomplex fast wie mit einem Schlage zum Stillstand kommt. Ich glaube dies als Wirkung der Therapie auffassen zu dürfen.

Diese war anfänglich ebenso unsicher als erfolglos. Die Salizylsäure blieb gegen die Gelenkschwellungen und Blutungen ohne Wirkung; weder Koliken- noch Darmblutungen erfuhren durch Opium, Eisblase, Eiswasser u. s. w. auch nur die geringste Besserung. Ergotin und Gelatine per os werden erbrochen. Erst durch Atropin wird das Bild wie mit einem Zauberschlage verändert. Die qualvollen Schmerzen hören innerhalb weniger Minuten auf. Der Kranke, der sich vorher mit schmerzverzogenem Gesicht im Bette wälzte, liegt ruhig und zufrieden da; kurze Zeit darauf entleert er im Gegensatz zu den schmerzhaften und blutigen Defäkationen der letzten Tage ohne alle Beschwerden blutfreien Stuhl. Zwar folgen noch zwei

Digitized by Google

schwache Attacken von Blutstuhl und Kolik, diese werden aber durch je eine Atropininjektion wieder prompt beseitigt. Auf die Hautblutungen hatte das Atropin scheinbar keinen Einfluß.

Die Wirkung des Atropins richtet sich in erster Linie auf die Bewegungen des Darmes. Die unregelmäßige und krampfhafte Peristaltik wird vermindert; sie wird nicht gelähmt, sondern wie der bald darauf entleerte und gut geformte Stuhl zeigt, zu gleicher Zeit nach der Richtung normaler Kontraktionen hin angeregt, reguliert.

Neben dieser krampfstillenden und regulierenden Wirkung offenbart sich aber auch meines Erachtens in diesem Falle das von Hagen angeführte Symptom der Atropindarreichung: die Verengerung der Mesenterialgefäße, wodurch es zum Stillstand der Darmblutung kommt. Die Blutungen in die Darmschleimhaut sind wohl das Primäre; durch sie wird reflektorisch der Krampf der Darmmuskulatur erzeugt. Würde das Atropin nur krampfstillend wirken, dann müßte nach wie vor Blut im Stuhl zum Vorschein kommen. In dieser ischämisierenden Wirkung auf die Mesenterialgefäße liegt das Spezifische in der Anwendung des Atropins bei Henochscher abdominaler Purpura. Ein strenges Diätregime ist dabei selbstverständlich trotzdem notwendig. Das Atropin erschien mir in diesem Falle nahezu lebensrettend, denn hätten die Blutverluste noch eine Weile fortbestanden, so wäre der schon sehr entkräftete Körper vermutlich unterlegen. Der vorausgegangene gewohnheitsmäßige Alkoholgenuß des Knaben mag wohl das seine zu dem raschen Verfall beigetragen haben.

Von der Wirkungsweise der Gelatine bekam ich in diesem Falle kein recht klares Bild. Innerlich gegeben, wurde sie auf den Höhepunkt der Krankheit sofort erbrochen und die Einspritzung machte ich erst, nachdem das Atropin schon seine Wirkung getan.[1]) Bemerkenswert war die große und mehrere Tage anhaltende Schmerzhaftigkeit der Injektionsstelle, obwohl dieselbe keinerlei Rötung oder Infiltration zeigte.

II. Referate.

Ernst Burckhardt. Über paroxysmale Hämoglobinurie.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. 57, Heft 5.)

B. hatte Gelegenheit, einen exquisiten Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie bei einem 6 Jahre alten Knaben zu beobachten. Die dabei angestellte Untersuchung ergab, daß während des Anfalles primäre Hämoglobinämie vorhanden war. Bei drei Anfällen wurden $^1/_2$—2 Stunden nach Beginn der ersten Erscheinungen durch Einstich mit einer Glasspritze in die Vena cubiti ca. 2—3 cbcm gewonnen, sofort zentrifugiert, bis das Serum vollkommen klar abgeschieden war. Alle drei Versuche ergaben deutliche Rotfärbung des Serums. Spektroskopisch war Oxyhämoglobin nachzuweisen. 4malige Untersuchung des Blutes in der anfallsfreien Zeit auf gleiche Weise zeigte jedesmal klares, gelbes, hämoglobinfreies Serum. Eine an beiden Ohren während eines Falles symmetrisch auftretende oberflächliche Gangrän lehrte, daß

---

[1]) Jedenfalls wird sie neben dem Atropin zu versuchen sein.


Digitized by Google

die Attacke mit einer Störung der Vasomotoren verknüpft war. Ausgelöst wurden die Anfälle jedesmal nur durch Kälte, nicht aber durch Muskeltätigkeit. B. versuchte des weitern an dem Pat. den Anteil, den die Kälte und Stauung in ihrer Einwirkung auf das zirkulierende Blut hat, und fand, daß Kälteeinwirkung auf die Hautoberfläche Hämoglobinämie mit darauffolgender Hämoglobinurie hervorruft. Stauung bewirkt ebenfalls schwache Hämoglobinämie, ohne daß Hämoglobin im Harn auftritt. Wirksam ist dabei die mit der Stauung verbundene Temperaturherabsetzung, denn wird diese dadurch ausgeschaltet, daß die normale Körperwärme künstlich erhalten wird, so zeigt sich keine Hämoglobinämie. Stauung mit Kälte kompliziert wirkt demgemäß intensiver, als jedes allein. Zum Auftreten der Krankheit gehört noch eine verminderte Widerstandsfähigkeit des Blutes durch akute oder chronische Infektionskrankheiten. Zusammenfassend gibt B. folgende allgemeine Definition zur Erklärung der Hämoglobinurie: die Kälte (in anderen Fällen abnorme Muskeltätigkeit) ruft auf Grund einer abnormen Erregbarkeit des vasomotorischen Systems bei dazu disponierten Individuen (Lues, Malaria) solche Veränderungen im Blut hervor, daß es anfallsweise zur Auslösung des Hämoglobins aus den roten Blutkörperchen und zur Eliminierung desselben durch die Nieren kommt.

Hecker (München).

J. Comby. Neue Fälle von infantilem Skorbut.

(Archives de méd. des enfants, April 1903.)

Der Kinderskorbut oder die Barlowsche Krankheit gehört zu den oft verkannten Erkrankungen, was um so bedauerlicher ist, als in den beizeiten erkannten Fällen eine richtige Therapie wahre Wunder wirkt, während sonst die Kinder dem Tode entgegengehen können. Als ätiologisches Hauptmoment findet man in diesen Fällen die Tatsache, daß die Kinder ausschließlich mit verschiedenen Milch- und Mehlkonserven genährt werden. Gärtnersche Milch, sterilisierte, maternisierte Milch können Skorbut bewirken und dürfte der Grund in den Veränderungen, welchen die Milch bei allen diesen Präparationen unterworfen ist, zu suchen sein. Als Hauptsymptome der Krankheit sind harte Schwellungen der Glieder, verbunden mit großer Schmerzhaftigkeit derselben (schmerzhafte Pseudoparaplegie) zu erwähnen, subperiostale Hämatome an den Tibien, Purpuraflecken und die klassischen Skorbutveränderungen des Zahnfleisches, bestehend in starker Schwellung, Ecchymosierung, Ulzerierung desselben mit Neigung zu Blutungen, doch treten diese Veränderungen an der Mundschleimhaut oft später hervor und die kleinen Pat. werden erfolglos auf Rheumatismus, Arthritis, Koxalgie, infantile Paralyse usw. behandelt.

Die erfolgreiche Therapie des Zustandes besteht in Weglassen der Konservennahrung, Verabreichung von frischer gekochter Milch, von etwas Erdäpfelpurée, Trauben- oder Orangensaft, Saft von rohem Fleische usw. Gleichzeitig harte Matratze und fleißiges Lüften des Zimmers.

C. rät, bei allen mit sterilisierter Milch oder sonstigen industriellen Konserven ernährten Kindern auf der Hut zu sein, um gleich bei Auftreten der ersten Skorbutsymptome zweckentsprechend einschreiten zu können.

E. Toff (Braila).

Digitized by Google

E. Fuchsig. Zur Frage der diffusen septischen Magenblutungen.

(Aus dem k. k. Kaiser Franz Joseph-Spital in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 25.)

Es gibt eine septische diffuse Magenblutung, die am häufigsten bisher bei Epityphlitis beobachtet worden ist. Aber auch im Verlaufe anderer septischer Prozesse sah man schwere Magenblutungen auftreten, während die Sektion nur vereinzelte, manchmal gar keine Ulzerationen aufdeckte. F. erlebte bei einem an phlegmonöser Epityphlitis erkrankten 13jährigen Knaben eine solche tödliche Magenblutung. Es wurde die Schleimhaut mikroskopisch und histologisch genau untersucht. Die makroskopische Untersuchung ergab neben in der Schleimhaut liegenden, fast diffusen punktförmigen Hämorrhagien auch die als hämorrhagische Erosionen bekannten Epitheldefekte; wirkliche Ulzerationen fehlten. Dieser Befund wurde auch histologisch bestätigt. Es fehlten also Befunde, die als Folgen der fortschreitenden Selbstverdauung anzusehen wären, die Magenblutungen mußten Folgen der septischen Intoxikation gewesen sein. Es ist also hier nicht etwa die Schleimhautnekrose das Primäre, sondern es greifen auch in der Magenschleimhaut, wie anderwärts bei septischen Blutungen, die Toxine die Gesäßwand an. Die Blutung ist also die primäre und oft auch einzige Sequenz der Toxinewirkung. Daß es in der Folge auch zur Geschwürsbildung durch die Wirkung des Magensaftes kommen kann, ist natürlich, da ja nur die intakte Zirkulation in der Magenwand die Selbstverdauung aufhält. Die Wirkung der Toxine auf die Kapillaren ist wohl so zu denken, daß die Alteration eine Durchlässigkeit der Kapillarschlingen für die roten Blutzellen bewirkt, die Blutung also als hochgradige Diapedese aufzufassen ist; unaufgeklärt bleibt noch, wie die ausgetretenen Blutzellen auch durch die normale Schleimhaut an die Oberfläche gelangen, ebenso wie noch die Frage offen steht, warum es überhaupt zu dieser Art von Toxinewirkung kommt, da doch bei der Unzahl der septischen Erkrankungen diese diffusen Magenblutungen zu den Seltenheiten gehören.

Grätzer.

Samuel S. Adams. Septic Endocarditis.

(Archives of Pediatrics, Dezember 1902.)

Ulzeröse Endokarditis im Kindesalter gehört zu den Raritäten und verläuft fast ausnahmslos letal. Daß sie aber kein unwiderrufliches Todesurteil abgibt, beweisen die allerdings höchst spärlichen Heilungsberichte. Eine sorgfältige Durchsicht der einschlägigen Literatur hat unserem Autor 47 Fälle abgeworfen, sämtlich bei Kindern unter 14 Jahren, mit lediglich drei Heilungen.

Sein eigener Fall betrifft ein 6jähriges, etwas schwächliches Mädchen, ohne hereditäre Belastung, mit negativer Anamnese bis ungefähr 4 Monate vor ihrer Aufnahme ins Hospital, als sie einen Malariaanfall überstanden hatte. Aufgenommen am 1. Dezember 1899, wieder wegen Malaria. Plasmodien im Blut nachgewiesen. Am 15. Dezember hohes Fieber, Dyspnöe, vorübergehende Bewußtlosig-

Digitized by Google

keit, Präkordialschmerz. Herzstoß diffus, wahrnehmbares Schwirren, wenig vergrößerte Dämpfung. Lautes präsystolisches Geräusch an der Spitze. Dasselbe besteht bis zum 18. Dezember und verschwindet alsdann. Ein blasendes systolisches Geräusch tritt auf. Der zweite Pulmonalton stark akzentuiert. Am 30. Dezember neuer Anstieg der inzwischen normal gewordenen Temperatur und gleichzeitiges Auftreten eines deutlichen Doppelgeräusches an der Spitze. Stark vergrößerte Herzdämpfung. Mitunter stürmische Herzaktion. Häufiges Erbrechen, Schweiße, rote Flecken auf der Mundschleimhaut. Eine Blutprobe, mit dem Kulturverfahren behandelt, zeitigt zahlreiche Streptokokkenkolonien, nebst einem unbekannten Bazillus.

Status am 10. Februar: Stark vergrößerte Herzdämpfung, hebender diffuser Stoß, lautes Geräusch an der Spitze, leichtes Reiben an der Basis. Nun erkrankte das Kind an Keuchhusten, gefolgt von Masern und kruppöser Pneumonie. Nachdem es diese überwunden hatte, wurde es von schweren Windpocken heimgesucht. Es genas auch diesmal und ist zur Zeit, wie Briefe in den Händen des Berichterstatters es schildern, ein gesundes, kräftiges Mädchen, tätig und lustig, dem keiner seine lange Leidensgeschichte ansieht.

Leo Jakobi (New York).

C. E. S. Flemming. Notes on three pathological specimens.

(The Bristol medico-chirurgical Journal, September 1902, S. 222.)

Bei der Autopsie des 6jährigen plötzlich verstorbenen Knaben fand sich eine abgebrochene Nähnadel, welche das Perikardium durchdrang und einen Einriß in die Pulmonalarterie gemacht hatte. Auffällig ist, daß das Kind die Nadel ohne Störung 2 Monate bei sich getragen hatte.

Schreiber (Göttingen).

Zuppinger. Zur Kenntnis der diffusen chronischen Myokarditis bei Kindern.

(Archiv f. Kinderheilkunde Bd. 35, Heft 5 u. 6.)

Zwei Fälle chronischer Myokarditis bei Kindern, von denen der eine im Gefolge einer schweren Rachendiphtherie 50 Tage dauerte, sich lange Zeit nur durch verlangsamten unregelmäßigen Puls und durch schlechte Füllung der Radialis kund gab und schließlich durch eine fieberhafte Bronchitis zu Ende ging, während der zweite Fall ein schweres und vielfach kompliziertes Leiden darrtellte, das sich im Anschluß an eine — wahrscheinlich kruppöse — Pneumonie entwickelte und über ein Jahr andauerte. Im Vordergrund der subjektiven und objektiven Krankheitserscheinungen standen Stauungssymptome, und zwar von seiten der Leber, der Lungen und des Darmkanals; beiderseitige zeitweilig wechselnde Herzvergrößerung, Ödeme, ununterbrochener, quälender Hustenreiz, psychische Unruhe waren die hauptsächlichsten Symptome im übrigen.

Bezüglich der Therapie der prognostisch stets ungünstigen chronischen Myokarditis hält Z. für das wichtigste, im akuten Stadium

Digitized by Google

lange und strenge Fernhaltung aller erhöhten Anforderungen an das Herz zu beobachten; wochenlange absolute Bettruhe, entsprechend geregelte Diät und Vermeidung psychischer Aufregung. Sauerstoffinhalationen können manchen Kindern vorübergehend rechte Erleichterung bringen.

Hecker (München).

A. Hecht. Über Sauerstoffinhalationen bei Kinderkrankheiten.

(Archiv f. Kinderheilkunde, Bd. 57, Heft 1.)

Neun diphtheritische Larynxstenosen wurden mit Sauerstoff behandelt; davon zeigt sich nur bei zweien ein deutlicher Einfluß auf die Atmung, insofern die stockende Respiration wieder in Gang kam. Dagegen fiel die Pulsfrequenz ziemlich konstant ab, am ausgiebigsten im Schlaf. Die pulsverlangsamende Wirkung tritt nicht ein, wenn ein asphyktischer Anfall sich entwickelt. Meist schwindet auch die Cyanose, oder wird viel geringer, doch vollzieht sich das erheblich langsamer, als wenn durch irgend einen Zufall, z. B. durch einen Hustenstoß, die Luftwege frei werden. In schwerster Asphyxie mit maximal weiten Pupillen trat die günstige Wirkung der Inhalation auch durch rasche Verengerung der Pupillen zu Tage. Unverkennbar war bei vier Fällen von Bronchopneumonie die günstige Wirkung der Inhalation auf das Herz.

Aus den Beobachtungen geht hervor, daß Tachykardie und verminderte Pulsspannung, wenn auch nur vorübergehend, durch Sauerstoffinhalationen meist eine Besserung erfahren, ob nun Dyspnoe oder eine sonstige toxische Ursache diesem Zustand zu Grunde liegt. Merkwürdigerweise schwinden dabei die Zeichen der Dyspnoe nicht, nur die Cyanose bessert sich. Der zugeführte Sauerstoff kommt also zunächst dem Herzen zugute. Sauerstoffinhalationen sind daher bei Krupp, Pneumonie usw. stets dann angezeigt, wenn sich der Nachlaß der Herzkraft durch Tachykardie kund gibt.

Hecker (München).

J. Cassel. Statistische und ätiologische Beiträge zur Kenntnis der Herzfehler bei Kindern.

(Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 48, Heft 5 u. 6, 1903.)

Die ebenso umfangreichen wie gewissenhaften Studien des Verf.s werden dem Praktiker nicht weniger wie dem Kliniker willkommen sein.

Das von C. zusammengestellte und eingehend beleuchtete Material betrifft 107 von ihm beobachtete Fälle von Herzfehlern, die unter rund 20000 kranken Kindern gesehen wurden (also 0,5 % der Fälle). Die Geschlechter schienen gleichmäßig beteiligt zu sein, da es sich um 57 Knaben und 50 Mädchen handelte. 25 Fälle entfielen auf das erste, 45, die höchste Zahl, auf das zweite und 35 auf das dritte Quinquennium. Von den 107 Fällen waren 26 angeboren, 77 erworben, zweifelhaft für die Beurteilung 4.

Die angeborenen Herzfehler (26 unter 107) bildeten mehr als ein Viertel aller Fälle. Die Feststellung, ob angeborener oder erworbener Herzfehler, hat nicht etwa bloß ein wissenschaftliches, sondern

Digitized by Google

wegen der beträchtlich ungünstigeren Prognose des Vitium cordis congenitum auch ein erhebliches praktisches Interesse. Nur ein kleinerer Teil der Träger des letzteren erlebt die Pubertätsjahre, ein verschwindend geringer das Mannesalter.

Der alten Erfahrung entsprechend, daß von den in den ersten 4 Lebensjahren beobachteten Herzfehlern die angeborenen die überwiegende Mehrzahl bilden, findet sich auch durch das Material des Verf.s bestätigt, 19, also $^2/_3$ der Fälle, gehörten dieser Altersklasse an, während von 77 erworbenen Herzfehlern nur sechs dieser Altersklasse angehörten. Von den 26 Fällen betrafen 13 Fälle Knaben und 13 Fälle Mädchen. Das am meisten charakteristische, weil ganz untrügliche Symptom, das selbst beim Fehlen aller anderen Kennzeichen die Diagnose mit Sicherheit stellen läßt, ist die Blausucht, wenn es auch in manchen Fällen von angeborenen Herzfehlern fehlt. Unter 26 Fällen fand sie sich 17 mal. Die Cyanose stellt sich häufig erst im späteren Kindes- oder Jünglingsalter ein. Weniger beweiskräftig ist der Trommelschlägelfinger, den man auch bei chronischen Lungenkrankheiten und bei der hypertrophischen Lebercirrhose bisweilen vorfindet. Das Phänomen wurde in neun Fällen beobachtet, bei denen sämtlich zugleich Cyanose bestand. Abnorm laute systolische Herzgeräusche bei Säuglingen und kleinen Kindern sind ein nahezu untrügliches Zeichen für die kongenitale Natur eines bestehenden Herzaffektes. Der Timbre schwankt zwischen weichem Blasegeräusch und raschem, sägenden, zischenden, ja dröhnenden Klangcharakter. Alle diese Arten rauher Geräusche, sowie die oftmals vernehmbaren musikalischen Geräuschphänomene sind, wenn sie bei Säuglingen und Kindern der ersten 2—3 Jahre vorkommen, in diagnostischer Hinsicht von größter Bedeutung. Derartige systolische Geräusche wurden unter 26 Fällen bei 20 gehört, bei den übrigen sechs, von denen fünf an typischer Blausucht litten (der sechste betraf eine Dextrokardie), wurden ganz reine Herzgeräusche wahrgenommen. Es bestätigte sich also auch hier die öfters aufgestellte Behauptung, daß ein vitium cordis congenitum nicht ganz selten ohne Geräuschbildung am Herzen besteht. Systolisches Geräusch und Cyanose gemeinschaftlich zeigten 12 Fälle. — Die Geräusche waren in acht Fällen über dem ganzen Herzen gleichmäßig stark, 6 mal am lautesten über der Spitze, 5 mal am ostium arteriosum dextrum, 1 mal am lautesten über dem Ost. arterios. sinitr. Die Vergrößerung des Herzens gehört im Gegensatz zu den Befunden bei den erworbenen Herzklappenfehlern der Kinder nicht zu den konstanten Erscheinungen der angeborenen Anomalien, sie fand sich nur in 11 Fällen und betraf 8 mal — was charakteristisch für die angeborenen Herzfehler ist — die rechte Herzhälfte, die anderen 3 Male beide Hälften. Bei 14 Kindern konnte keine Vergrößerung nachgewiesen werden.

Von den 77 Fällen mit erworbenen Herzfehlern betrafen 44 Knaben und 33 Mädchen. Es fallen hier im Gegensatz zu den angeborenen Herzfehlern nur sechs auf die jüngste Altersstufe, die andern auf die späteren Lebensjahre.

Der akute Gelenkrheumatismus bildete die allerhäufigste Ursache der das Vitium veranlassenden Endokarditis (62 %). Es handelte

Digitized by Google

sich im ganzen um 68 Fälle von Polyarthritis rheumatica acuta und sieben Fälle von akutem monartikulärem Rheumatismus, bei denen die Diagnose per exclusionem et ex juvantibus gesichert wurde, zusammen um 75 Fälle (42 Knaben, 35 Mädchen). Der Umstand, daß in den ersten 4 Lebensjahren der Gelenkrheumatismus eine äußerst seltene Beobachtung ist, erklärt wohl auch zum Teil die Seltenheit erworbener Herzfehler auf dieser Altersstufe, denn von 75 Fällen von akutem Gelenkrheumatismus blieben nur 24 von dieser Folgekrankheit frei.

Ferner erörtert C. die Beziehungen zwischen Rheumatismus, Endokarditis und Chorea. Unter seinen Kranken waren im ganzen 38 Fälle von Chorea, und zwar 11 Knaben und 27 Mädchen, nie konnte er Chorea bei Kindern unter 5 Jahren sehen. Von seinen 38 Pat. hatten nur 15 nachweisbar an Rheumatismus gelitten; unter diesen wurde die Trias: Rheumatismus, Endokarditis, Chorea bei im ganzen 9 Kindern festgestellt. Von den 77 Kindern mit Herzklappenfehlern wurde bei zwölfen Chorea beobachtet. Nach anderen Infektionskrankheiten wurde Chorea 7mal, nach Trauma einmal beobachtet, dabei mit Klappenfehlern kombiniert nur 2mal, Chorea und Klappenfehler ohne andere Ätiologie fand sich noch einmal, Chorea ohne Klappenfehler und ohne sonstige Ätiologie 14mal. Jedenfalls verdankt, wenn nicht die Mehrzahl, so doch ein großer Teil der Choreakranken das Übel anderen Ursachen als dem zumeist angeschuldigten Rheumatismus. Verf. macht übrigens darauf aufmerksam, daß in manchen Familien eine gewisse Disposition zu rheumatischen Krankheiten und Chorea derart besteht, daß einzelne Familienmitglieder von der einen, andere von der anderen Affektion befallen werden. Während die Chorea minor in der Regel den bei Kindern üblichen milden Verlauf von 6—8—12wöchentlicher Dauer nimmt, hatte C. auch Gelegenheit, in zwei Fällen die in Deutschland so seltene Form der Chorea paralytica zu beobachten.

Von anderen Affektionen, die nun den rheumatischen zuzuzählen geneigt sind, beobachtete Verf. 15 Fälle von Purpura simplex (einer mit Endokarditis, ein anderer mit Chorea einhergehend, während bei 12 Fällen von Peliosis rheumatica, 11 von Morbus maculosus Werlhofii und 19 von Erythema nodosum kein einziges Mal eine Komplikation mit Endokarditis oder Chorea gesehen wurde.

Da die Gonorrhoe Erwachsener nicht so ganz selten zu Endokarditis schwachen Grades führt, so wurden alle gonorrhoischen Kinder (71 Mädchen und 11 Knaben) nach dieser Richtung sorgfältig untersucht, aber stets mit negativem Resultat. Die anderen Infektionskrankheiten spielen für die Ätiologie der Endokarditis bei weitem nicht die Rolle, wie der Rheumatismus, relativ die hervorragendste noch der Scharlach (bei C. aber auch nur 4mal); Masern und Abdominaltyphus sind äußerst selten mit Endokarditis kompliziert.

Bei den kindlichen Klappenfehlern ist die Mitralis am häufigsten betroffen (unter 77 Fällen 73mal). 58mal fand sich Insuffizienz, 12mal Stenose und 3mal Insuffizienz und Stenose gemeinschaftlich. Präsystolische Geräusche wurden nicht vor dem siebenten Lebensjahre an der Herzspitze gehört. Fehler am Ostium der Aorta wurden nur 4mal konstatiert (3mal Insuffizienz, 1mal Stenose).

Digitized by Google

Einiges Interesse verdient die Tatsache, daß neben frischer und rekurrierender Endokarditis im ganzen 7 mal exsudative Pleuritis (5 mal links, 2 mal rechts gesehen wurde. In drei Fällen wurde neben dem Klappenfehler eine cerebrale Hemiplegie, wohl sicher embolischen Ursprungs, festgestellt.

Von den 77 Kindern mit erworbenen Klappenfehlern sind 20 noch am Leben und erfreuen sich ungestörter Gesundheit, 13 sind gestorben, das Schicksal der übrigen ist unbekannt. Jedenfalls geht daraus eine Bestätigung der alten Annahme hervor, daß bei jugendlichen Individuen Heilungen von Klappenfehlern nicht allzu selten vorkommen.

Eschle (Sinsheim).

S. Middelton. Child with cardiac affection, the nature and causation of which are in doubt.

(The Glasgow medical journal, Oktober 1902, S. 292.)

Bei dem 8 jährigen Knaben, der früher Masern und Keuchhusten überstanden hatte, wurde zufällig ein Herzfehler entdeckt. Subjektive Erscheinungen seitens des Herzens bestanden nicht, nur zuweilen soll etwas Cyanose des Gesichts vorhanden gewesen sein. Über dem Herzen bestand ausgedehnte Pulsation, aber kein Schnurren. Der Spitzenstoß war im vierten Interkostalraum neben der Warze zu fühlen. Die Herzdämpfung reichte links bis zur Mammillarlinie, nach oben bis zum zweiten Interkostalraum, nach rechts 2,5 cm über die Mittellinie. Über dem Herzen hörte man, am lautesten an der Trikuspidalis, ein systolisches Geräusch, das an der Spitze nur schwach hörbar, an der Aorta und der Pulmonalis deutlicher, aber an der letzteren ebenfalls schwächer hörbar ist. Das Geräusch pflanzt sich nach oben nicht fort. Das Lungen waren frei. Urin normal. Das Geräusch spricht für einen Trikuspidalinsuffizienz, doch fehlen die anderen Erscheinungen und besonders ein ätiologisches Moment, M. denkt an eine kongenitale Mißbildung des Ventrikelseptum, wenn auch die Cyanose nicht so ausgesprochen ist und das Geräusch nach oben nicht fortgeleitet wird.

Schreiber (Göttingen.)

W. Carr. Contrasts between certain common diseases in children and adults.

(The Edinburgh medical journal, Oktober 1902, S. 305.)

Nach einer allgemeinen Übersicht über die Symptomatologie verschiedener Erkrankungen bei Erwachsenen und Kindern, geht C. auf einzelne Krankheiten genauer ein und bespricht zunächst die Unterschiede zwischen dem Auftreten des akuten Rheumatismus in beiden Lebensaltern und betont besonders, daß bei Kindern weit häufiger Gelenkaffektionen fehlen und statt dessen Herzaffektionen auftreten. Auch soll bei Rheumatismus im Kindesalter das Salyzil nicht so gut wirken. Bei der Besprechung der Tuberkulose hebt er hervor, daß der Ausgangspunkt derselben variiere, und daß die Ausbildung derselben im kindlichen Alter schneller vor sich gehe. Damit hängt

Digitized by Google

wohl zusammen, daß Kavernenbildung im kindlichen Alter seltener ist, und daß die objektiven wie subjektiven Symptome der Tuberkulose verschieden sind. Von den Erkrankungen des Herzens sind die angeborenen dem kindlichen Lebensalter eigen, und von akquirierten Herzfehlern ist der häufigste der Mitralfehler. Bei den Erkrankungen des Magendarmkanals betont er mit Recht die oft im Gegensatz zu der geringen Lokalerkrankung auffällig schweren Allgemeinerscheinungen, während bei Typhus ein umgekehrtes Verhältnis herrscht.

Schreiber (Göttingen).

C. Hochsinger. Diagnostische Betrachtungen über drei seltene Formen infantiler Kardiopathien.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 57, Heft 1.)

Im ersten Falle handelt es sich um einen 9 Jahre alten Knaben mit Cor bovinum acquisitum. Der Kranke zeigte Abflachung der rechten und Vorwölbung der linken Thoraxhälfte, rhytmische herzsystolische Einziehungen an der linken vorderen und seitlichen Brustwand, bei denen auch der Schwertfortsatz mit beteiligt ist; ferner fühlbares systolischdiastolisches Schwirren, enorme Vergrößerung des Herzens in beiden Anteilen, Dislokation nach links und Querlagerung (Röntgenaufnahme). Die Diagnose lautete: Schwielige, tuberkulöse Mediastinoperikarditis mit Obsoleszens des Herzbeutels und Verwachsung desselben mit der Brustwand. Enorme Herzhypertrophie mit Insuffizienz der Mitral- und Aortenklappen, Verschiebung des hypertrophischen Herzens nach links und Fixiertbleiben desselben in der abnormen Lage durch tuberkulöse Schwarten. Obsolete tuberkulöse Pleuritis.

Der zweite Fall betraf einen 13 Jahre alten Knaben: exzessive dilatatorische Hypertrophie beider Herzventrikel (Cor bovinum); systolisches Schwirren im zweiten Interkostalraume mit stark abklappendem zweiten Pulmonalton; weit nach links vom Sternum reichende Dämpfung, die der Herzdämpfung kappenförmig aufgesetzt scheint. Diese Symptomenkette entspricht einem offen gebliebenen Ductus arteriosus Botalli. Aus der linksseitigen Herzhypertrophie und dem kleinen Kruralpuls schließt H. auf eine angeborene Stenose des Isthmus der Aorta. Das Vorhandensein eines Kollateralkreislaufes wird durch das Röntgenbild wahrscheinlich gemacht, in welchem scharf begrenzte, seitlich vom Schlüsselbeinrande verlaufende, nach abwärts ziehende Streifen auf eine erweiterte Arteria mammaria interna deuten.

Der dritte Fall zeigt ein sehr kompliziertes Symptomenbild, bezüglich dessen ich auf das Original verweise; es führte zur Annahme einer fehlerhaften Septierung des Truncus arteriosus communis: Transposition der Arterienursprünge mit rudimentärer Entwicklung des Aortenanfanges und vikariierender Erweiterung der Pulmonalis bei gleichzeitig offenem Ductus Botalli.

Hecker (München).


Digitized by Google

Paul Geipel. Weitere Beiträge zum Situs transversus und zur Lehre von den Transpositionen der großen Gefäße des Herzens.

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. 35, Heft 3 u. 4.)

Ein Fall von partiellem Situs solitus (einkammeriger Bau des Herzens) bei Anlage des Gesamtorganismus im Sinne des Situs transversus. Auffallend war dabei die stark poröse Herzmuskulatur. Ein Fall von partiellem Situs transversus: Lagerung von Magen und Milz im rechten Hypochondrium, partieller Situs transversus der Leber, Dickdarm in linker Leibeshälfte, multiple Obliterationen des Dünndarms, Achsendrehung. Eine eigentliche fötale Peritonitis war dabei nicht vorhanden. Weiterhin das Herz eines 25jährigen Mädchens mit einer sogenannten korrigierten Transposition der großen Gefäße (Aorta links vorn, Pulmonalis rechts hinten). Die interessanten anatomischen und entwickelungsgeschichtlichen Ausführungen des Verf. über diese Fälle sind nicht zu kurzem Referat geeignet.

Hecker (München).

De la Camp. Familiäres Vorkommen angeborener Herzfehler, zugleich ein Beitrag zur Diagnose der Persistenz des Ductus arteriosus Botalli.

(Aus der II. med. Universitätsklinik in Berlin.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 3.)

Bei 6 Geschwistern ein übereinstimmendes, wenn auch nicht gleich stark und völlig gleichartig entwickeltes Krankheitsbild, dessen Symptome aber sämtlich auf das Vorhandensein eines offenen Duktus allein hinwiesen. Dafür sprach die links neben dem Sternum der Herzdämpfung aufgesetzte unregelmäßige, schmale Dämpfung, über der ein (schräg verlaufendes) systolisches Schwirren und der verstärkte Pulmonalklappenschluß fühlbar, ein systolisches Geräusch, das sich in die Aortenbahn ebenso wie in die Lungengefäße fortpflanzt, und ein verstärkter zweiter Pulmonalton hörbar ist, ferner die Hypertrophie des rechten Herzens, die fehlende Cyanose, die nur während der jeweiligen eigentümlichen Anfälle auftritt (auch Trommelschlägelfinger fehlen) und nicht am wenigsten das eigentümliche Röntgenbild, das sich zeigte.

Jedes hereditär wichtige Moment in der Aszendenz fehlte. Eltern und Großeltern waren nicht blutsverwandt, keinerlei Anomalien, auch keine erworbenen oder angeborenen Herzfehler lagen vor, auch Lues war nicht nachweisbar.

Grätzer.

E. Dokuszajewa. Über die Bedeutung der Ungleichheit des Pulses für die Diagnose der Persistenz des Ductus arteriosus Botalli.

(Bolnitschnaja Gaseta Botkina 1903 No. 1.)

Bereits im Jahre 1891 machte Dr. D. Sokoloff auf ein Symptom aufmerksam, welches die Diagnose des Offenbleibens des Ductus arteriosus Botalli schon intra vitam bedeutend zu erleichtern vermag

Digitized by Google

und sogar die Richtung erkennen läßt, in welcher sich das Blut bei persistierender Kommunikation zwischen Aorta und Art. pulmonalis hinbewegt. Es handelt sich nämlich um Ungleichheiten des Pulses an den symmetrischen peripheren Arterien der oberen Körperhälfte. Das bezeichnete Symptom ist bisher völlig unbeachtet geblieben, und erst die Verfasserin der in der Überschrift genannten Arbeit lenkt wiederum die Aufmerksamkeit auf diese Erscheinung. In ihren beiden Fällen bestand das Grundleiden in einem Offenbleiben des Ductus arteriosus Botalli infolge von angeborener Stenose des Pulmonalostiums. Das klinische Bild setzte sich zusammen: 1. aus einer bedeutenden Hypertrophie des rechten und einer geringern des linken Ventrikels; 2. aus einem lauten, die Systole und Diastole umfassenden Geräusch, das besonders deutlich über dem Sternum, über der Ansatzstelle des vierten Rippenknorpels, zu hören war, und 3. aus einer Ungleichheit in der Stärke des Pulses an den peripheren Arterien des Kopfes und der oberen Extremitäten rechts und links. Der Umstand, daß die Pulswelle in den symmetrischen Arterien der obern Körperhälfte von ungleicher. Stärke war, findet seine Erklärung darin, daß infolge der vorhandenen Kommunikation ein Teil des Blutes aus der Aorta in die Arteria pulmonalis übertrat; demgemäß sank auch der im Aortensystem herrschende Blutdruck, und in die linke Karotis und Subklavia gelangte eine geringere Blutmenge als in den Truncus anonymus, was eine geringere Spannung und einen schwächern Puls in den peripheren Arterien links bedingte. Entsprechend der verminderten Blutmenge war auch die linke Körperseite im Vergleich mit der rechten ungenügend ernährt und in der Entwickelung weit zurückgeblieben.

A. Dworetzky (Moskau).

A. Jacquier. Vorübergehende Verlangsamung und Arythmie des Pulses beim Kinde.

(Inaugural-Dissertation, Paris, April 1902.)

Langsamkeit und Arythmie des Pulses ist bei Kindern kein seltenes Vorkommnis und man darf aus diesen Symptomen keine allzu pessimistischen Schlüsse ziehen. In der Rekonvaleszenz nach fieberhaften Krankheiten ist sehr oft ein verlangsamter und unregelmäßiger Puls zu beobachten und sogar als ein gutes Zeichen anzusehen; fehlt er, so sind Rezidive zu befürchten. In anderen Fällen findet man als Ursachen der in Rede stehenden Pulsveränderungen: verschiedene Vergiftungen, Erkrankungen des Magendarmtraktes, Würmer, Anämie, rasches Wachstum, Neurosen (Chorea, Hysterie, Urininkontinenz) usw. In allen diesen Fällen handelt es sich um vorübergehende Störungen der Herzinnervation auf direktem oder reflektorischem Wege.

E. Toff (Braila).

W. v. Starck. Zur Kenntnis des Vorkommens des Stokes-Adamschen Symptomenkomplexes im Kindesalter.

(Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1903, April).

Ein bis dahin ziemlich gesunder 5jähriger Knabe wird plötzlich von Ohnmacht, dann allgemeinen Krämpfen und Bewußtlosigkeit be-

Digitized by Google

fallen. Pat. behält intensive Kopfschmerzen zurück, es findet sich hochgradige Pulsverlangsamung und leichte Benommenheit. Man mußte an den Beginn einer Meningitis denken. Lumbalpunktion fällt völlig negativ aus. Der Puls bleibt dauernd zwischen 28—44 (meist 36), es ist zunehmende Vergrößerung der Herzdämpfung zu konstatieren. Die Anfälle, wie im Beginn des Leidens, wiederholen sich noch 2 mal, bei einem vierten Anfall, der 5 Monate nach dem ersten auftritt, erfolgt Exitus letalis. Bei der Sektion ergeben sich als wesentliche Befunde: Erhebliche Hypertrophie des Herzens, hochgradige Schwellung der Bronchialdrüsen, allgemeine Hyperplasie des lymphatischen Apparates; nichts, was die Erscheinungen in vivo, nichts, was den plötzlichen Tod erklären konnte.

Der Fall entsprach ganz dem Krankheitsbilde, welches Charcot mit dem Namen „Pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes", Huchard später als Stokes-Adamsche Krankheit bezeichnete. Ätiologisch macht Verf. die doppelseitige Bronchialdrüsentumoren verantwortlich, welche eine Vaguskompression veranlaßten. Daß letztere Langsamkeit des Pulses, Ohnmachts- und epileptiforme Anfälle hervorrufen kann, lehren andere Beobachtungen.

Grätzer.

Arthur Bär. Schwellung der peripheren Lymphdrüsen im Säuglingsalter.

(Aus dem Karolinen-Kinderspital in Wien.)

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde Bd. 56, Heft 6.)

Es handelt sich hier nur um die einfache chronische Lymphdrüsenentzündung, welche nach der Anschauung Vieler nur durch irgend eine vorausgegangene Erkrankung entstanden sein könne. Aus dem mitgeteilten Befunde ist ersichtlich, daß bei Kindern, die zweifellos nie einen Darmkatarrh durchgemacht hatten, an verschiedenen Körperstellen erbsen- bis bohnengroße Drüsen nachgewiesen werden konnten. Im allgemeinen besteht wohl ein Zusammenhang zwischen Inguinaldrüsenschwellung und Darmkatarrh; universelle Drüsenschwellung kommt dagegen nur bei allerschwersten, mit Atrophie einhergehenden Enteritiden vor. Die Frage, ob Rachitis Drüsenschwellung erzeugen kann, darf als noch nicht gelöst betrachtet werden. Exzessive Drüsenschwellung kommt jedenfalls nicht vor. Bei hereditärer Syphilis sind die Drüsen auffallend weniger beteiligt als bei der akquirierten Syphilis der Erwachsenen. Zwischen ausgedehnten Hautaffektionen und den entsprechenden regionären Drüsen besteht selbstverständlich ein Zusammenhang, doch ist er nicht immer leicht zu erkennen, da die Drüsenschwellung sehr minimal sein kann. Im ganzen fand B. unter 350 Kindern des Kinderspitals, wie auch unter 25 Neugeborenen keines ohne fühlbare Drüsen. Die Tastbarkeit der peripheren Drüsen bedeutet im Säuglingsalter an sich nichts Pathologisches und setzt eine vorhergegangene Erkrankung nicht notwendigerweise voraus.

Hecker (München).

Digitized by Google

J. V. Drozda. Ein aparter Fall von akuter Leukämie (Sarkomatosis leukaemica).

(Aus dem k. k. Kaiser Franz Joseph-Spital in Wien.)

(Wiener med. Wochenschrift 1903 No. 9.)

Bei dem 12jährigen Pat. ergab die Sektion bemerkenswerte Verhältnisse. Es fand sich eine geradezu enorme Hyperplasie nahezu des gesamten adenoiden Gewebes, besonders am Digestionstrakte, zu der noch, abweichend von dem sonst gewohnten Verhalten, eine analoge Wucherung an der Außenfläche der Dura mater sich hinzugesellte, welche sogar zu einer partiellen Usur des Schädeldaches geführt hatte.

Im auffälligen Gegensatze zu dieser mächtigen Hyperplasie nahezu des gesamten Lymphapparates erschien dagegen die Milz nur in verhältnismäßig geringer Weise in Mitleidenschaft gezogen. Die adenoiden Wucherungen waren im Magen, dem Duodenum und dem oberen Jejunum ganz besonders dicht geordnet, in der nach abwärts laufenden Partie des Digestionstraktus nahmen dieselben gradatim in mäßig abnehmender Weise allmählich ab und waren sohin z. B. an der Flexur nur mehr spärliche Follikelschwellungen erweisbar. Die Leber selbst wurde allerdings sehr stark vergrößert vorgefunden. Das Knochenmark zeigte keine besonders hochgradigen Veränderungen.

Aus dem Blutbefunde wäre hier die ganz auffällige überwiegende Mehrzahl von ausnehmend großen Leukocyten hervorzuheben.

Auf Grund dieser Verhältnisse sieht Verf. den Fall als Übergangsstufe zwischen echter „akuter Leukämie“ und „Lymphosarkom“ an und spricht von „Sarkomatosis leukaemica“.

Grätzer.

L. K. Glinski. Zur pathologischen Anatomie der akuten Lymphämie.

(Aus dem pathol. anatom. Institut in Krakau.)

(Virchows Archiv, Bd. 171, Heft 1, Januar 1903.)

Bei einem einjährigen Knaben wurde Tränenfluß und Verklebung der Augenlider bemerkt. Nach einigen Wochen gesellte sich zu diesen Beschwerden ein stetig zunehmender Exophthalmus. Gleichzeitig wurde das Kind blasser, es magerte erheblich ab, Erbrechen und Durchfälle traten auf. Der damals erhobene Befund ergab: allgemeine Abmagerung. Die Hautdecken blaß, trocken und gefaltet. Die Nacken- und Unterkieferdrüsen stark vergrößert, etwas weniger die axillaren und inguinalen Drüsen. Die Herztöne rein, aber sehr schwach. Die Leber nicht palpabel, dagegen die Milz unter dem Rippenbogen deutlich fühlbar, vergrößert und hart. Der Bauch aufgetrieben, Bauchdecken gespannt. Körpertemperatur 38,2° C. Das Verhältnis der weißen zu den roten Blutkörperchen wie 1:5 (180416 weiße, 918750 rote Blutkörperchen). Der Hämoglobingehalt auf 21% gesunken. Kurze Zeit nach der Untersuchung starb das Kind unter Symptomen

Digitized by Google

von Lungenentzündung und Herzschwäche. Die Sektion zeigte alle Lymphdrüsen vergrößert, insbesondere die Halsdrüsen, welch letztere große Pakete bildeten. Das Knochenmark der Röhrenknochen deutlich rot. In den peripherischen Gefäßen, ebenso wie in den Venensinus und im Herzen findet sich teils blaßrotes, flüssiges Blut, teils blasse gallertartige, lockere Blutgerinnsel. An den Rippen fielen an der Stelle der Verbindung der Rippenknorpel mit dem Knochen Verdickungen auf, die fast das Bild eines rachitischen Rosenkranzes vortäuschten, sich jedoch von den rachitischen Verdickungen durch ihre mehr spindelförmige Gestalt unterschieden. Die mikroskopische Untersuchung ergab die leukämische Natur dieser Gebilde und zeigte weiter, daß sich am Herzen ausgebreitete zirkumvaskuläre leukämische Infiltrate befanden, die stellenweise tief in den Muskel eindrangen. Neben den anderen, gewöhnlich bei Leukämie auftretenden Veränderungen zeigten sich noch kleinere Infiltrate an den weichen Hirnhäuten. — Die Entstehung der sogenannten heteroplastischen Lymphome ist auf zweierlei Weise denkbar: die eine Art verdankt ihr Entstehen den sich vermehrenden, aus dem Blute stammenden Lymphozyten, die anderen dagegen bilden sich aus an dieser Stelle präexistierenden Gewebselementen. Schridde (Erlangen).

Giovanni Racchi. Beitrag zur Behandlung der infantilen linealen Anämie.

(La Pediatria, No. 2, 1903.)

Verf. ist der Ansicht, daß die lineale Anämie des Kindesalters eine von der Leukämie durchaus verschiedene Affektion ist und einen morbus sui generis infektiösen Charakter darstellt. Er hat die drei Fälle, die er hier mitteilt, mit dem von Gautier empfohlenen Methylarsenpräparat (Metharsol Bonty) behandelt, und zwar hat er es teils in Form von subkutanen Injektionen — täglich $^1/_2$ Pravatzspritze — angewandt, teils per os gegeben in steigenden Dosen von täglich 10—30 Tropfen. In allen drei Fällen war der Erfolg ein ausgezeichneter; die Blutuntersuchung ergab in dem einen ein Steigen der Zahl der roten Blutkörperchen von 2 Millionen auf 5 Millionen, eine Abnahme der weißen von 21650 auf 10600. F.

J. Steinhaus. Über eine eigenartige Form von Tuberkulose des lymphatischen Apparates.

(Aus dem jüd. Krankenhause in Warschau.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 12.)

S.' Fall zeigt wieder, daß unter dem Bilde von Pseudoleukämie oder Lymphosarkomatose Prozesse verborgen sein können, die wir mit großer Wahrscheinlichkeit auf Tuberkulose zurückführen können, und die mit Pseudoleukämie und Lymphosarkomatose nichts zu tun haben.

Digitized by Google

Ein 14jähriger Junge kam mit Zeichen beginnender Lungentuberkulose, sowie mit vergrößerten Hals- und Achsellymphdrüsen ins Spital. Die Dämpfung über den Lungen verbreitete sich allmählich, gleichzeitig fiel eine allmählich zunehmende Vorwölbung des oberen Abschnittes des Brustkorbes links vom Brustbein, eine ungewöhnliche Füllung der subkutanen Venen in derselben Region und eine immer fortschreitende Vergrößerung der Lymphdrüsen auf. Pat. starb bald. Bei der Sektion fand sich ein Mediastinaltumor, welcher die Thymus eingenommen und kolossal vergrößert hatte, in der Leber und Milz metastatische Knoten, bedeutende Vergrößerung aller Lymphdrüsen der oberen Körperhälfte. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors, wie der Knoten der Leber und Milz ergab dasselbe Bild: Tuberkulose, kombiniert mit einem eigenartigen Prozeß, der nicht anders als ein entzündlicher gedeutet werden konnte. Für diesen Prozeß ist die ausschließliche Ausbreitung im lymphatischen Apparat und in Organen, die an lymphatischem Gewebe reich sind, bei gleichzeitigem Vorhandensein von typisch tuberkulösen Veränderungen in den Produkten der entzündlichen Wucherung, wie auch außerhalb derselben, charakteristisch. Sternberg hat früher Beobachtungen veröffentlicht, in denen klinisch die Diagnose auf Pseudoleukämie (oder Lymphosarkomatose) gestellt war, während das Mikroskop dann die gleichen Veränderungen aufdeckte, wie in S.s' Fall. Diese Fälle machen es sehr wahrscheinlich, daß eine eigenartige Tuberkulose des lymphatischen Apparates existiert, welche durch immense Wucherung von Bindegewebe charakterisiert wird, in welchem es zur Bildung auffällig großer, manchmal mehrkerniger Zellen kommt. Die meisten Fälle von Pseudoleukämie sind gewiß solche „eigenartige Tuberkulose" gewesen. Wodurch der eigentümliche Verlauf und das eigenartige mikroskopische Bild bedingt wird, das ist allerdings bis jetzt noch dunkel.

Grätzer.

J. **Petruschky** (Danzig). Spinalgie als Frühsymptom tuberkulöser Infektion.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 9.)

Nach P.s Ansicht geht der tuberkulösen Lungenerkrankung eine Infektion der Lymphdrüsen in der Regel voraus; die Drüsenerkrankung ist also das Primäre, die Lungengewebsinvasion das Sekundäre. Auch Ribbert fand, daß in den meisten Fällen tuberkulöser Lungenerkrankung eine vorgeschrittenere, also sicher ältere Erkrankung der Bronchialdrüsen vorlag. Dies stimmt durchaus überein mit den Beobachtungen, die P. selbst zu machen Gelegenheit hatte (zum Teil im Kochschen Institut); er hat bei junger Lungentuberkulose immer den Eindruck gehabt, daß die Erkrankungen der Bronchialdrüsen älter waren. Das geeignetste Beobachtungsmaterial bilden wohl Kinderobduktionen. Denn auch das glaubt P. aus allen bisherigen Beobachtungen schließen zu können, daß die große Mehrzahl der Tuberkulösen den Keim der Krankheit bereits im Kindesalter erwirbt und ihn jahrelang in Lymphdrüsen herumträgt, bevor die Lunge ergriffen wird.

Digitized by Google

Aber wie diagnostizieren wird die primäre tuberkulöse Erkrankung der Bronchialdrüsen? Als Merkmale werden angegeben: gesteigerte Pulsfrequenz, pertussisähnlicher Husten (selbst Erbrechen), heisere Stimme (Stimmbandlähmung), Dyspnoe, Venenstauungen, Pupillendifferenz. Diese dürfte man aber wohl meist erst bei hochgradiger, durch vorgeschrittene Lungentuberkulose gesteigerter Bronchialdrüsenerkrankung antreffen, kaum aber bei primärer Tuberkulose der Bronchialdrüsen, auf deren früher Erkennung es hier ankommt. Als subjektive Verdachtssymptome werden da häufig Schmerzempfindungen zwischen den Schulterblättern angegeben. Husten kann vorhanden sein, aber auch fehlen. An den Lungen ist objektiv nicht das mindeste nachzuweisen. Ist der Lungenbefund aber völlig negativ, so gewinnt jedes Symptom, das auf Bronchialdrüsentuberkulose hinweist, Bedeutung. Daher möchte P. nochmals auf die Spinalgie hinweisen, die typische Druckempfindlichkeit bestimmter Rückenwirbel.

Bei Abtastung der Processus spinosi zeigt sich mehr oder weniger große Empfindlichkeit einiger Dornfortsätze gegen Druck, während die übrigen nicht empfindlich sind. Die schmerzhaften Wirbel — sie liegen meist zwischen 2.—7. Rückenwirbel — stehen häufig ein wenig hinter dem Niveau der übrigen zurück. Bei der Abtastung hat der untersuchende Finger oft den Eindruck, als seien die empfindlichen Dornfortsätze etwas breiter, weicher und elastischer, als die übrigen. Das Symptom hat freilich nur diagnostischen Wert, wenn der Empfindlichkeits*unterschied* ganz deutlich ist und bei jeder Betastung in gleicher Weise angegeben wird. In einer Reihe von Fällen wurde der durch Spinalgie bei negativem Lungenbefund erweckte Verdacht auf Bronchialdrüsentuberkulose durch typische Tuberkulinreaktion gestützt, während in keinem der Fälle eine wirkliche Wirbelkaries zum Ausbruch kam. Bis jetzt hat P. 79 Fälle von Spinalgie gesammelt mit gleichzeitiger Prüfung mit Tuberkulin. Von diesen reagierten nur zwei nicht, während 77 (32 bei Kindern unter 16 Jahren, 45 bei Erwachsenen) typisch reagierten. Nur in 14 dieser Fälle war auch eine Lungenerkrankung durch spärlichen Bazillenbefund nachweisbar. Bei vorgeschrittener Tuberkulose der Lungen fand P. fast nie Spinalgie. Andererseits hat er 26 Fälle gesammelt, in denen die Prüfung auf Spinalgie negativ ausfiel, die Tuberkulinprobe dagegen positiv bei negativem Lungenbefunde, aber anamnestischem Tuberkuloseverdacht. Ein *unfehlbares* Mittel zur Diagnose der Bronchialdrüsentuberkulose ist also die Spinalgie nicht, wohl aber ein wichtiges Glied in einer Kette anderer Verdachtssymptome.

Über das Vorkommen der Spinalgie im Kindesalter konnte P. gelegentlich von Schüleruntersuchungen folgendes konstatieren: Spinalgie fand sich bei sieben von 164 Knaben (5 %), bei 28 von 121 Mädchen (23 %), im ganzen also bei 37 von 285 Kindern (13 %). Daß Bronchialdrüsentuberkulose bei der Mehrzahl dieser 37 Kinder vorlag, erschien auch aus anderen Gründen wahrscheinlich. Immerhin ist der Prozentsatz der positiven Befunde ein wesentlich geringerer als bei der Tuberkulose der Halslymphdrüsen, die sich bei etwa 85 % fand. Die Tuberkulose der Bronchialdrüsen im Kindesalter dürfte daher die

Digitized by Google

wesentlich seltenere, allerdings auch, wegen Gefährdung der Lungen, die bedenklichere der beiden Drüsenerkrankungsformen sein. P. vermutet, daß häufig erst im Pubertätsalter eine Infektion der Bronchialdrüsen von anderen Lymphdrüsen aus erfolgt. Grätzer.

F. M. Pottenger. A study of tuberculous Infection etc.

(New York medical Journal, den 21. März 1903.)

Es ist sehr wahrscheinlich, meint P., daß zahlreiche Fälle von Tuberkulose bei Erwachsenen ihren Ursprung in einer Infektion während der Kinderjahre haben. Daher verdient die Schwindsucht im Kindesalter ein eingehenderes Studium, als ihr bisher zuteil geworden ist. Schon heutzutage gestattet das vorhandene statistische Material folgende Behauptungen:

1. Tuberkulose kommt häufig im Kindesalter vor. Von Kindern, die während der letzten 3 Monate ihres ersten Lebensjahres sterben, gehen 25 % an dieser Seuche zugrunde. Auch im zweiten und dritten Lebensjahr fordert die Schwindsucht zahlreiche kindliche Opfer.

2. In nahezu allen Fällen von Tuberkulose sind die Lymphdrüsen affiziert, und zwar findet man Beweise dafür, daß oft hier die Primärinfektion stattgefunden hat.

3. Nahzu alle Kinder zeigen in den ersten Jahren vergrößerte Drüsen, von denen etwa 60—70 % tuberkulös sind.

4. Ein großer Prozentsatz solcher Kinder erkranken später an Tuberkulose, die ihren Ursprung wahrscheinlich in diesen Drüsen nimmt.

Der kindliche Organismus bietet den Tuberkelbazillen viele bequeme Eintrittspforten. Die jungen Gewebe sind saftig und besitzen eine geringe Widerstandsfähigkeit; Bazillen werden eingeatmet, verschluckt, vielleicht durch offene Wunden aufgenommen; sie dringen in die Lymphdrüsen ein und werden in den Lymphdrüsen abgelagert. Nebenbei sei bemerkt, daß die Mandeln und das adenoide Gewebe des Nasenrachenraumes bewiesenermaßen als Eintrittspforte für die Bazillen dienen können. Die Gewohnheiten der Kinder erleichtern die Infektion. Auf den Boden spielend, führen sie ihre schmutzigen Händchen beständig in den Mund und infizieren sich mit Bazillen. (Bei 66 daraufhin untersuchten kleinen Kindern fanden sich bei 14 Tuberkelbazillen im Unternagelraum.)

Ein weiterer Punkt verdient Beachtung. Die Infektion mit Tuberkelbazillen findet am häufigsten zu einer Zeit statt, in welcher die Kinder am meisten katarrhalischen Magen- und Darmerkrankungen ausgesetzt sind, d. h. während der ersten 2 Lebensjahre.

Aus diesen Betrachtungen geht die enorme Wichtigkeit der Prophylaxe im Kindesalter klar hervor. Die Pflege und Ernährung der Kinder lassen noch vieles zu wünschen übrig. Man sollte mehr auf Hebung der Widerstandsfähigkeit der Kleinen achten. Ist aber einmal die Krankheit in Drüsen, Knochen, Lungen oder anderswo zum Vorschein gekommen, so gehe man an eine energische Therapie heran. Leo Jakobi (New York).

Digitized by Google

Dr. Bézy. Contribution à la Tuberkulose infantile.

(Annales de Médécine et Chirurgie, No. 18, 15. September 1902.)

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über Heredität und Bedeutung der Prophylaxe der kindlichen Tuberkulose sowie über die Häufigkeit und die verschiedenen Formen derselben, geht B. zu seinem eigentlichen Thema über und sucht zu beweisen: 1., daß die Diagnose der kindlichen Tuberkulose zeitweise sehr schwierig sei und oft erst durch die Autopsie gestellt würde, daß dieselbe somit in Frankreich weit häufiger sei, als man annähme, und 2., daß man mehr gegen diese kindliche Tuberkulose tun müsse.

Die Schwierigkeiten der Diagnose haben bereits bei einigen Autoren Beachtung gefunden. B. führt als weiteren Beweis für dieselben fünf Beobachtungen an, von denen vier bereits von Philippe und Auxion mitgeteilt worden sind. Bei drei von den zunächst im Auszuge mitgeteilten vier Krankheitsfällen war überhaupt nicht an eine Tuberkulose gedacht worden. Es standen vielmehr im Vordergrund der klinischen Erscheinungen die Zeichen der Pädatrophie und Magendarmstörungen. Bei der Autopsie fanden sich dagegen ausgedehnte tuberkulöse Veränderungen der Drüsen, besonders des Mesenteriums und geringere Pulmonalveränderungen. Nur in dem vierten Fall war eine Erkrankung der tracheo-bronchialen Lymphdrüsen angenommen worden. Die Sektion ergab dagegen eine Kompression des rechten Bronchus durch Drüsen und eine ausgedehnte Tuberkulose der Mesenterialdrüsen. Die fünfte Beobachtung betrifft ein hereditär tuberkulös belastetes Kind. Das Vorhandensein von Dämpfung und Bronchialatmen in Verbindung mit stark schwankendem Fieber, sowie die Röntgenuntersuchung führten anfangs zu der Diagnose eines eitrigen Ergusses, eventuell mit Kompression der Lungen. Der weitere Verlauf ergab indessen, daß es sich um einen kavernösen Prozeß handelte. Als Gründe für diesen diagnostischen Irrtum führt B. an, daß die Kinder nicht auswerfen, daß die Kavernen kleiner und zerstreuter sind, als bei Erwachsenen, und daß die kindliche Tuberkulose häufig unter dem Bilde einer Bronchopneumonie beginnt. Die letztere habe bei seinem Kinde wohl die oben angegebenen klinischen Symptome, besonders auch den klinischen Befund bei der Röntgenuntersuchung hervorgerufen. In dem zweiten kurzen Abschnitt hebt B. drei Hauptpunkte für die Abwehr der Tuberkulose hervor, die sich nach seiner Ansicht unter Mitwirkung der Ärzte leicht durchführen ließe: 1. Verhinderung der Ehe von Tuberkulösen, 2. Verbot des Stillens und 3. Fürsorge für hygienische Wohnungen.

Schreiber (Göttingen).

A. Josias. Traitement de la tuberculose pulmonaire chez les enfants par le suc musculaire et la viande crue.

(Revue d'hygiene et de médecine infantiles, Bd. 1, No. 1, S. 3.)

J. empfiehlt auf Grund von 24 Beobachtungen, deren ausführliche Krankengeschichten er beifügt, die Anwendung des rohen Fleischsaftes für die Behandlung der Lungentuberkulose, worüber in neuerer Zeit

Digitized by Google

mehrfach französische Autoren berichtet haben. J. gewann den Saft so, daß er das Fleisch mit wenig (einem Viertel seines Gewichtes) destilliertem Wasser $^{3}/_{4}$ Stunden stehen ließ und dann in einer gewöhnlichen Presse auspreßte. 100 g Fleisch liefern auf diese Weise etwa 15—20 ccm eines rötlichen Saftes. Der Saft von 500 g Fleisch (165 ccm) enthielt 11,86 Eiweiß und 5,18 Salze, diese Menge erhielten die Kinder täglich, indem J. 15 g Fleisch auf ein Kilo Körpergewicht der Kranken rechnete, außerdem erhielten sie noch 100—200 g rohen Fleisches (aber kein gekochtes). Die Kinder nahmen den Saft, welcher immer frisch bereitet sein muß, da er sonst leicht fault, in Form von warmer oder kalter Bouillon sehr gern. Die mit dem Fleischsaft erzielten Resultate kann man wohl als gute betrachten, allerdings ist die Beobachtungsdauer nicht genügend lang. Die Wirkung erklärt J. dadurch, daß die Ernährung gehoben würde.

Schreiber (Göttingen).

Ernö Deutsch. Über Lecithinpräparate.

(Magyar orvosok lapja 1903, 12. März.)

Verf. beruft sich auf die Worte Munks „und es scheint, als ob keine pflanzliche oder tierische Zelle und keine tierische Flüssigkeit des Lecithins entbehrt“ und empfiehlt zur Behandlung der Rachitis und Skrofulose die deutschen Riedelschen und die ungarischen Richterschen Fabrikate. Die Darreichung ist per os und subkutan durchführbar. D. zieht diese der Phosphormedikation vor.

Autoreferat Ernö Deutsch (Budapest).

H. Fischer. Über Sirolinbehandlung.

(Reichs-Mediz. Anzeiger 1903 No. 3.)

30 Fälle von Lungentuberkulose, mit Sirolin behandelt, zeigten rasche Zunahme des Appetits und Körpergewichts; auch sonst war die Wirkung denjenigen der Kreosotpräparate mindestens gleich, wobei jede unangenehme Nebenwirkung fehlte. Nach F. bedeutet Sirolin einen entschiedenen Fortschritt der medikamentösen Tuberkulosetherapie.

Grätzer.

L. Friedmann. Thiocol bei Lungenbazillose.

(Inaug.-Dissert., Bukarest.)

F. berichtet von den Resultaten, die auf der Klinik von Professor Maldarescu mit Thiocol bei Lungentuberkulose erzielt wurden. Das Präparat erwies sich zunächst als völlig unschädlich und konnte selbst in großen Dosen längere Zeit hindurch gereicht werden. Diese Unschädlichkeit neben der Wasserlöslichkeit und Geruchlosigkeit läßt den Schluß berechtigt erscheinen, daß Thiocol vor allen Kreosot- bezw. Guajacolpräparaten den Vorzug verdient. Außerdem wohnt ihm eine spezifisch antituberkulöse Wirkung zweifellos inne; fast in allen Fällen war erhebliche Besserung des Appetites, Zunahme des Körper-

Digitized by Google

gewichts, Abnahme des Hustens und Auswurfs, Schwinden des Fiebers und der Schweiße, sowie Besserung der physikalischen Erscheinungen nachweisbar. Auch bei tuberkulösen Affektionen der Pleura, des Larynx usw. ist Thiocol angezeigt. Grätzer.

O. Borchgrevink. Fall von anatomisch nachgewiesener Spontanheilung der tuberkulösen Peritonitis.

(Aus dem Reichshospital in Christiania.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 3.)

Ein 16jähriges Mädchen wurde am 20. Oktober 1897 mit Aszites aufgenommen und am 9. November ungeheilt entlassen. Pat. war September 1896 an Perikarditis erkrankt, die mehrere Wochen andauerte. Bis Dezember 1896 dann wohl, bekam sie da Ödeme an den Füßen, zu denen sich im März 1897 Aszites hinzugesellte. Juni 1897 wurden durch Punktion 11 Liter entleert, der Leib schwoll aber bald wieder an. Pat. kam dann ins Spital, wo sonst nichts von Tuberkulose entdeckt wurde. Aber Tierversuche mit der durch abermalige Punktion entleerten Flüssigkeit zeigten unzweideutig, daß es sich um tuberkulöse Peritonitis handelte. Pat. wurde entlassen, doch begann nach ärztlichem Berichte Juni 1898 sich erstaunliche Besserung zu zeigen, Pat. wurde wieder gesund und blieb es bis Anfang 1901, wo sie nach nur mehrtägiger Krankheit unter Erscheinungen der Herzschwäche und Lungenödem starb.

Bei der Sektion ergab sich zunächst, daß damals die Perikarditis bereits tuberkulöser Natur gewesen war (es fanden sich noch einige Riesenzellentuberkel), und daß die Infektion von einer Bronchialdrüse ausging. In der Bauchhöhle fand sich das typische Bild einer chronischen Peritonitis, Tuberkel, käsige oder verkalkte Ablagerungen kamen aber weder auf dem Bauchfell, noch im Netz vor, ebensowenig, wie in den verdickten Kapseln der Leber und Milz (auch mikroskopischer Befund negativ!); die einzigen Zeichen der früher vorhandenen Tuberkulose der Bauchhöhle bildeten bindegewebige Verwachsungen und Verdickung des Bauchfells. Auch die Genitalien erschienen chronisch entzündet. In mikroskopischen Schnitten von beiden Tuben fanden sich Riesentuberkel, ebenso in der Schleimhaut des Uterus spärliche fibröse Tuberkel.

Man hatte es hier zu tun mit einem typischen Beispiel einer tuberkulösen Peritonitis, die von einer Infektion des Herzbeutels ihren Ursprung nimmt. Eine erweichte Bronchialdrüse bildet die Quelle der Infektion, worauf diese sich zunächst über das Perikardium, Mediastinum anterior und das rechte Brustfell breitet, dann die Leberkapsel und das oberflächliche Leberstroma in Mitleidenschaft nimmt, um im weiteren Verlauf auch das Bauchfell zu erreichen. Wahrscheinlich von der Bauchhöhle aus sind in obigem Falle die Geschlechtsorgane als das letzte Glied in der Reihe infiziert worden.

Herzbeutel und Geschlechtsorgane waren die einzigen Stellen, wo die Tuberkulose als solche sich bei der Sektion immer noch nachweisen ließ; sonst waren fibröse Verdickungen, Adhäsionen und Pseudomembranen die Reste des entzündlichen Prozesses, dessen tuberkulöse Natur, was die Bauchhöhle betrifft, durch die Infektiosität des serösen Exsudates dargelegt wurde.

Bedeutendes Interesse gewinnt der Fall dadurch, das der Sektionsbefund mehr oder weniger genau mit den Beobachtungen zusammenfällt, die als Beweis für die Existenz einer chronisch idiopatischen Peritonitis referiert worden sind (Henoch, Vierordt u. a.), Beobachtungen, bei denen die Untersuchung auf Tuberkulose zum Teil

Digitized by Google

fehlt, zum Teil als mangelhaft bezeichnet werden muß. Es geht aus dem vorliegenden Befunde hervor, daß der Umstand, daß die Adhäsionen und das schwielig verdickte Gewebe bei der Sektion eines Falles von chronischer Peritonitis tuberkelfrei sind, als Beweis der idiopathischen Natur der Peritonitis durchaus nicht angeführt werden darf. Der Fall lehrt vielmehr, daß die Tuberkel, welche die Pseudomembranen und Adhäsionen einst erzeugten, auf den serösen Häuten ganz und gar verschwinden können, während die Reste der Tuberkulose sich noch im ursprünglichen Infektionsherde, oder, wie in obigem Falle, auch in den weniger regenerationsfähigen Genitalschleimhäuten vorfinden lassen.

Das größte Interesse des Falles liegt jedoch in der anatomisch nachgewiesenen Spontanheilung der tuberkulösen Peritonitis und in dem Beweise, welchen er nochmals dafür erbringt, daß die Heilung dieser Krankheit sich recht wohl vollziehen kann, ohne Laparotomie und andere operative Eingriffe. Grätzer.

Leonard Guthrie. The Medical Treatment of tuberculous Peritonitis.

(Archives of Pediatrics, April 1903.)

Verf. tritt dem operativen Enthusiasmus in der Behandlung chronischer Peritonitiden bei Kindern entschieden entgegen. Seinen persönlichen Erfahrungen gemäß gibt diese Affektion keine so ernste Prognose wie es die Chirurgen haben wollen. Oft genügt eine rein klinische Therapie, um Heilung zu sichern.

Von Medikamenten, die anscheinend pünktlich auf den tuberkulösen Prozeß einwirken, sind Quecksilber und Jodkalium zu nennen. Auch Arsen mag in demselben Sinne (als Resorbens oder Alterativum) nützlich sein. Mit diesen drei Mitteln ist aber auch die Liste abgeschlossen, denn alle sonstigen „Specifica“ sind machtlos der Krankheit gegenüber. Weder Jodoform noch Guajacol noch Ferrum jodatum sind imstande, in den Prozeß einzugreifen. Die Therapie gestaltet sich demnach hauptsächlich symptomatisch.

Symptome, die unsere Hilfe erheischen, sind: Schmerzen, Meteorismus, Dyspepsie, Diarrhöe oder Verstopfung, Erbrechen und Aszites.

Gegen die Schmerzen verordnet man warme Umschläge (heiße Wolle u. dergl.), Einreibungen mit Belladonna oder Pinselungen mit Tinct. Jodi. Opiate lassen sich umgehen. Gegen Meteorismus und andere Verdauungsstörungen hilft eine geregelte Diät und Wismut. Übrigens ist es nicht nötig, jede Diarrhöe à tout prix zu coupieren. Mäßige Durchfälle scheinen sogar wünschenswert zu sein, indem sie den Aszites verkleinern und toxische Stoffe herausbefördern. Nötigenfalls greift man zu den Opiaten, zu Wismut und Kreide. Viele gepriesene Adstringentia nützen nichts. Ist hartnäckiges Erbrechen vorhanden, so sind Wismut und Acidum hydrocyanicum am Platze.

Von entschiedener Wichtigkeit ist kräftige Ernährung und der Genuß frischer Luft. Man meide nicht ängstlich jede festere Kost, sondern gebe zuversichtlich Fleisch, Fisch, Geflügel, Eier, Milch und

Digitized by Google

Butter. In manchen Fällen von Diarrhöe leistet rohes oder teilweise gekochtes Fleisch gute Dienste. Mehlspeisen sind mit Vorsicht zu gestatten. Alles Unverdauliche ist natürlich zu verbieten.

Bettruhe, womöglich im Freien und auf dem Lande, ist ein mächtiger Heilfaktor.

Was endlich unser Verhalten dem Aszites gegenüber anbelangt, so empfiehlt Verf. die akuten Fälle in Ruhe zu lassen. In chronischen Fällen tut man besser, die Flüssigkeit durch einen kleinen Einschnitt mittelst des Troicars zu entleeren. Den Troicar ohne Einschnitt einzustoßen ist ein gefährliches Verfahren.

Leo Jakobi (New York).

H. Schramm. Über den Wert der Laparotomie bei tuberkulöser Peritonitis der Kinder.

(Wiener med. Wochenschrift 1903 No. 8 u. 9.)

S. verfügt über 45 Fälle von tuberkulöser Peritonitis, die im Sophien-Kinderspital in Lemberg behandelt wurden 25 Knaben und 20 Mädchen, meist im Alter von 4—7 Jahren. Von diesen wurden 25 ohne Operation behandelt (Einreibungen mit Jod, Jodvasogen, Ichthyol; feuchte Umschläge, gute Ernährung, Kreosot, Arsen u. dergl), 20 (11 Knaben und 9 Mädchen) wurden laparotomiert.

Von der ersten Gruppe starben im Hospitale 2 Mädchen und 7 Knaben, zusammen 9 Kinder oder 36%, der Aufenthalt im Spitale war bei 2 Kindern 8 Tage, bei 5 Kindern 26—48 Tage, bei zweien sogar 164 und 174 Tage. Die Todesursache war fast immer fortschreitende Tuberkulose und allgemeine Abzehrung.

Von den 20 Operierten starben im Spitale 2 oder 10%, und zwar ein Mädchen, bei welchem ein tuberkulös entartetes Darmstück reseziert wurde und bei welchem nach 8 Tagen eine Kotfistel entstand. Das Kind starb 3 Wochen nach der Operation an Abzehrung, und ein Knabe 4 Tage nach der Operation wegen Lungenentzündung.

Dieser Unterschied in den Erfolgen beider Behandlungsmethoden tritt vielleicht noch schärfer auf, wenn man die einzelnen Formen der Bauchfelltuberkulose betrachtet. Die beste Prognose und die größten Chancen zur Selbstheilung gibt ja die sogenannte exsudative Form der Bauchfelltuberkulose, bei welcher das ganze viscerale und parietale Peritoneum mit zahlreichen bis erbsengroßen, teilweise grauen, teilweise halb verkästen Tuberkeln besät ist, die Darmschlingen sind wenig oder gar nicht miteinander verlötet, dafür befindet sich in der Bauchhöhle mehr oder weniger reichliches seröses, mit wenigen fibrinösen Flocken gemischtes Exsudat. Von dieser Form wurden im St. Sophien-Kinderspitale 28 Fälle beobachtet. Von diesen wurden 17 mit internen Mitteln behandelt, bei 11 Kindern die Laparotomie gemacht; von der ersten Gruppe starben trotz sorgfältigster Behandlung sechs oder fast die Hälfte; von den elf operierten starb nur ein Kind an Lungenentzündung.

Bei der zweiten Form befindet sich in der Bauchhöhle sehr wenig oder kein flüssiges Exsudat, das Bauchfell ist aber stark ver-

Digitized by Google

dickt, die Darmschlingen vielfach verwachsen, beim Betasten fühlt man in der Bauchhöhle mehr oder weniger ausgedehnte tuberkulöse Infiltrate in Form von harten, wenig oder gar nicht beweglichen diffusen Tumoren, die sogar kindskopfgroß werden können. Von dieser Form waren 13 Fälle in Behandlung; von sieben intern behandelten starben zwei im Spitale, fünf verließen die Heilanstalt mit geringer Besserung; von den sechs operierten starb keines im Spitale. Zu der dritten Gruppe, der sogenannten Peritonitis tuberc. ulcerosa zählt man Fälle mit ausgedehnter Verkäsung und Vereiterung der tuberkulösen Infiltrate. Von dieser Form wurden 4 Fälle behandelt; ein nicht operiertes Kind starb im Spitale; von den drei operierten starb eines wegen der nach der Darmresektion entstandenen Kotfistel; eines verließ die Anstalt mit eiternder Fistel, eines vollständig gesund.

Schon aus dieser Zusammenstellung der unmittelbaren Erfolge wird man schließen, daß man die Laparotomie bei tuberkulöser Bauchfellentzündung nicht als ein indifferentes Mittel betrachten kann, auch nicht für ein Mittel, das die spontane Heilung nur beschleunigt, man wird im Gegenteile die Operation als ein direkt heilendes und sehr wirksames Mittel anerkennen, welches seine Wirkung in allen Formen der Erkrankung, wenn auch nicht immer im gleichen Grade, entwickelt.

Aber auch die Dauererfolge suchte S. zu eruieren, konnte dies aber nur bei 23 Kindern erreichen. Von diesen wurden zehn intern behandelt, 13 verließen die Anstalt nach überstandener Laparotomie. Von den zehn nicht operierten starben im Laufe des ersten Jahres acht, das ist 80%, nur zwei blieben am Leben, und von einem der beiden schreibt die Mutter, daß es immer schwächlich ist. Von der zweiten Gruppe starben drei, das heißt 24,6%, am Leben blieben zehn, das heißt 75,4%, alle sind vollständig gesund.

Im ganzen ergaben sich also folgende Resultate:

Exsudative Form:	nicht operierte 5,	gestorben 3,	leben 2;
	operierte 6,	gestorben —,	leben 6.
Adhäsive Form:	nicht operierte 5,	gestorben alle 5.	
	operierte 4,	gestorben 1,	leben 3.
Ulzeröse Form:	operierte 3,	gestorben 2,	lebt 1.

Die Erfolge bestätigen nur die bisherige Erfahrung, daß die Prognose bei exsudativer Form der tuberkulösen Bauchfellentzündung relativ am besten ist, beweisen aber, daß eine Selbstheilung auch bei dieser Form zwar möglich, aber auch bei Kindern sehr selten ist. Die zwei anderen Arten dieser Erkrankung geben eine schlechtere, die ulzeröse Form sogar eine ganz schlechte Prognose; die Erfolge zeigen, daß man jedoch mittels Laparotomie auch bei dieser Form eine vollständige und dauerhafte Heilung erzielen kann.

Grätzer.


Digitized by Google

A. Seibert. Typhoidal Appendicitis in Children.

(Archives of Pediatrics, September 1902).

Appendizitis als Komplikation des Abdominaltyphus ist bei Erwachsenen bekanntlich nicht sehr selten. Dagegen im Kindesalter gilt diese Kombination als eine so große Rarität, daß die meisten pädiatrischen Lehrbücher ihrer gar nicht erwähnen. Demgegenüber darf man wohl vermuten, daß die Appendizitis bei typhuskranken Kindern häufig übersehen worden ist; denn wir haben keine stichhaltigen Gründe für die Annahme einer besonderen Immunität gegen diese Komplikation.

S. teilt zwei diesbezügliche Krankengeschichten mit.

Der erste Fall betraf einen 11 jährigen Knaben. In der zweiten Woche eines typischen Typhusverlaufs traten plötzlich heftige Leibschmerzen auf, mit Druckempfindlichkeit in der rechten Regio iliaca. Es wurde eine Perforation oder Appendizitis vermutet. Die vorgenommene Laparotomie förderte einen geschwürigen Wurmfortsatz zu Tage. Der kleine Pat. genas.

Im zweiten Falle war die Appendizitis anscheinend das primäre Leiden. Nach Entfernung des entzündeten Wurmfortsatzes entwickelte sich allmählich der Typhus. Die Vermutung liegt aber nahe, daß hier die Appendizitis lediglich als die ursprüngliche Lokalisation der Typhusbazillen anzusehen ist. Demnach hätten beide Krankheiten die nämliche Ursache.

Leo Jacobi (New York).

Henry Koplik. The Occurrence and Mortality of Typhoid Fever in Infants and Children.

(Archives of Pediatrics, Mai 1903.)

Über die Häufigkeit des Typhus abdominalis im Säuglingsbezw. Kindesalter herrscht eine große Meinungsverschiedenheit. Manche gehen weit genug, um den Typhus bei Kindern unter 2 Jahren zu leugnen. Dies ist entschieden zu kategorisch. Schon das Neugeborene kann die Krankheit mit auf die Welt bringen, und es unterliegt gar keinem Zweifel, daß der Säugling an Typhus erkranken kann. Beim Neugeborenen verläuft die Affektion meist letal. Später sinkt die Mortalität bedeutend und schwankt in der Regel zwischen 6—13 %.

Von Komplikationen des kindlichen Typhus sind hauptsächlich Perforation, Blutungen und Pneumonie zu nennen. Herzaffektionen sind seltener als bei Erwachsenen.

Leo Jakobi (New York).

Moizard und **H. Grenet.** Die cerebro-spinale Form des typhösen Fiebers.

(Archives de Médecine des Enfants 1903 No. 1.)

Die cerebrospinalen Symptome erscheinen mitunter gleich am Anfang des typhösen Fiebers und treten oft so sehr hervor, daß sie die anderen Symptome verdecken und irgend eine Form der cerebrospinalen Meningitis vortäuschen.

Digitized by Google

Ein 5jähriger Pat., der seit lange hustete und an beiden Lungenspitzen Zeichen von Infiltration darbot, trat ins Krankenhaus mit Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, beschleunigter Respiration und erweiterten Pupillen, doch reagierten dieselben gut auf Licht und Konvergenz. Den zweiten Tag trat mehrfach Erbrechen auf, auch eine Andeutung des Kernigschen Zeichens, etwas Schmerz und Steifigkeit in den Beinen, wenn man bei sitzender Stellung des Kranken dieselben zu strecken versuchte, war vorhanden. Die Lumbalpunktion ergab eine klare, sterile Flüssigkeit, ohne zellige Elemente, und die Serodiagnose gab, aber erst nach 12 Tagen, ein positives Resultat.

Spinale Symptome im Laufe des typhösen Fiebers sind im allgemeinen selten, dieselben können bestehen, ohne daß sichtbare Veränderungen der nervösen Zentren nach dem Tode zu konstatieren wären, in anderen Fällen handelt es sich um wirkliche typhöse Meningitis. Mitunter sind die Pupillen ungleich, erweitert oder verengert, ohne daß gleichzeitig eine Meningitis bestünde. Unregelmäßigkeit des Pulses, der Respiration, meningitischer Schrei, wurden von mehreren bei reinem Typhus, ohne meningitische Komplikation, beobachtet. Für die Differentialdiagnose ist die Lumbalpunktion, die Ehrlichsche Diazoreaktion, die Fibrinreaktion (Fehlen des fibrinösen Retikulums bei Typhus) und die Seroreaktion von hervorragender Wichtigkeit. Selbstverständlich geben diese für die Diagnose wichtigen Methoden keine sichere und absolute Aufklärung über den Zustand der Meningen, da doch eine Infektion derselben durch den Ebertschen Bazillus vorhanden sein kann. Wichtig ist hierfür die bakteriologische Untersuchung, doch gibt es gewisse Formen von seröser Meningitis im Verlaufe des Typhus, wo die bakteriologische Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit negativ ausfällt und trotzdem eine bakterielle Infektion der Meningen besteht. E. Toff (Braila).

I. A. Abt. Report of ninety cases of typhoid fever in infants and Children.

(The medical. News, November 1902.)

2. Typhoid fever in infancy and Childhood.

(The Chicago medical Recorder, Oktober 1902.)

A. berichtet über 200 Fälle von kindlichem Typhus, die er während einer Typhusepidemie zu beobachten Gelegenheit hatte. Das Alter des jüngsten Pat. betrug 8 Monate; die Diagnose wurde wie in allen Fällen, durch die Widalsche Reaktion sichergestellt. Wenn auch in den meisten Fällen der Typhus leicht verlief, so wurden doch schwere Fälle beobachtet. Während bei den älteren Kinderen die Prodromalsymptome kaum fehlten, setzte der Typhus bei kleineren Kindern nicht selten plötzlich mit Fieber und Beschleunigung des Pulses ein. In 9 Fällen wurden Rezidive beobachtet, in einem Falle sogar 2mal. Von nervösen Störungen waren am häufigsten Kopfschmerzen, bei älteren Kindern waren auch Delirien vorhanden. In

Digitized by Google

2 Fällen zeigten sich meningitische Erscheinungen und in einem Fall solche von Dementia. Die Zunge zeigte in 36 Fällen die charakteristische Typhusform. Infolge sorgfältiger Mundflege waren Komplikationen seitens des Mundes selten. Nur in 4 Fällen trat Herpes labialis auf, 16 mal kam Nasenbluten zur Beobachtung. Zu Beginn der Erkrankung war häufig Verstopfung vorhanden, dieselbe hielt in 36 Fällen an, während in 28 Fällen Durchfall eintrat. Bei 5 Kindern wurden Darmblutungen beobachtet, bei zweien Darmperforation. Die Milz war in 84 Fällen fühlbar; blieb die Milz länger vergrößert, so war ein Rezidiv wahrscheinlich. Von seiten der Lunge wurde in 40 Fällen Bronchitis notiert; am Herzen waren in 13 Fällen akzidentelle Geräusche hörbar, in 2 Fällen wurde eine Myokarditis angenommen. Roseolen traten meist in den ersten Tagen auf und blieben in verschiedener Ausdehnung verschieden lange bestehen, seltener wurden andere Hautkomplikationen wie Furunkulose, Erythem u. s. w. beobachtet. Ziemlich häufig war das Mittelohr betroffen. Der Urin gab mit Ausnahme von 9 Fällen die Diazoreaktion. In 5 von 15 untersuchten Fällen wurden Typhusbazillen im Urin gefunden; nur selten war Albuminurie und Cylindrurie vorhanden. Die Widalsche Reaktion war in allen mit Ausnahme von 2 Fällen positiv. Im übrigen zeigte das Blut eine Abnahme von Leukozyten und Hämoglobin. Die Mortalität betrug $3^{0}/_{0}$. Die Behandlung war die übliche, jedoch empfiehlt A. die Bäder nicht zu niedrig zu temperieren.

Schreiber (Göttingen).

E. Haim. Beitrag zur Pathogenität des Bacillus proteus vulgaris (Hauser).

(Aus dem Kaiser Franz Joseph-Spital in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 20.)

13 jähriges Mädchen mit Typhus abdominalis, der jedoch infolge von Proteusinfektion ein atypisches Bild darbot. Schon in der Anamnese mußte die Angabe des häufigen Erbrechens, sowie der starken Diarrhöen in der ersten Woche der Krankheit auffallen, ebenso die gleich anfangs vorhandenen starken Remissionen in der Fieberkurve. Auch der Verlauf war dann ein bei Kindern ungewöhnlich schwerer. Das am meisten auffallende Bild aber, das gleich zur Annahme irgend einer Mischinfektion drängte, bot der Stuhl, der in den ersten Tagen bis 8 mal täglich erfolgte und dünnflüssig, stark übelriechend, schaumig, mit viel Schleim vermengt war. Die normale Darmflora war vollständig verdrängt, das Bild beherrschten kurze, dicke Stäbchen, welche später als Proteusbazillen erkannt wurden. Es ist dies der erste publizierte Fall von Mischinfektion von Typhus und Proteus vulgaris.

Einige Tage später erkrankte der 10 jährige Bruder der Pat. und bot das typische Bild eines Typhus abdomin. levis; im Stuhl kein Proteus.

Grätzer.

Digitized by Google

Flamini. Contributo allo studio della bacteriuria nel tifo.

(Rivista di Clinica Pediatrica No. 2 1903.)

Verf. hat bei acht an Typhus erkrankten Kindern den Urin unter allen — detailliert angeführten — Kautelen untersucht und ist zu dem Resultat gelangt, daß Bakteriurie ein häufiges Vorkommnis ist; denn in den acht Fällen hat er sie 7mal gefunden. Sie kann ohne Albuminurie einhergehen; in den Fällen jedoch, in denen gleichzeitig eine solche besteht, ist die Zahl der Typhusbazillen größer. Fehlt Albuminurie, so ergibt die mikroskopische Untersuchung des Harnsediments Anzeichen für das Bestehen von Nierenveränderungen in Gestalt von Nierenepithelien und Zylindern. Niemals fanden sich Bazillen in den ersten 8 Tagen der Erkrankung, sondern stets erst später, zur Zeit, wenn die Roseola erscheint. Auch zur Zeit der Rekonvaleszenz fanden sich die Bazillen im Harn, und zwar in nicht merklich geringerer Zahl, als vorher. Das ist von besonderer Wichtigkeit für die Frage von den Infektionsquellen des Typhus und für die zur Verhütung der Infektion einzuschlagender Maßnahmen. F.

Josef Bernard. Über ein sicheres Frühsymptom des Typhus abdominalis im Kindesalter.

(Ungarische medizinische Presse 30. 12. 1902.)

Nach vollkommener Entleerung des Darmes am Ende der ersten Krankheitswoche fühlt B. in der Gegend der Valvula coli zwei bis drei haselnuß- oder taubeneigroße und ebenso geformte Tumoren, die in einer zur Längsachse des Körpers parallelen Linie gelagert, ungefähr in 1—2 cm Entfernung voneinander sich befinden. Verf. meint, daß diese Schwellungen den hypertrophierten Lymphfollikeln des Dünndarmes entsprechen und glaubt mit diesem Symptom die Diagnose des Typhus abdominalis im Kindesalter zu erleichtern.

E. Deutsch (Budapest).

L. Byk (Berlin). Über die Anwendung des Pyramidons bei Typhus abdominalis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 3.)

Bei einem 12jährigen Knaben setzten Dosen von 0,3 prompt die Temperatur herab (einmal sogar um 4°, ohne daß unangenehme Erscheinungen zu Tage traten), und zwar allmählich, wie auch das Ansteigen wieder ein allmähliches war. Das Mittel wirkte ebenso prompt bei hohen, wie bei mittleren Temperaturen, ebenso wenn es galt, das Ansteigen des Fiebers im Laufe des Tages zu verhüten, wie das Abfallen desselben während der Nacht zu verstärken. Während der langen Dauer der Krankheit machten sich nie Intoxikations- oder Kollapserscheinungen u. dergl. geltend. Grätzer.

Digitized by Google

Valentini. Über die systematische antifebrile Behandlung des Unterleibstyphus mit Pyramidon.

(Aus dem Diakonissenhause in Danzig.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 16.)

V. konnte durch fortgesetzte Tag und Nacht in 2stündlichen Zwischenräumen gereichte Dosen von Pyramidon (bei Kindern 0,1—0,2) bei allen Fällen von Typhus die Temperatur dauernd auf die Norm oder fast auf die Norm herabdrücken, das Allgemeinbefinden, Sensorium, Puls günstig beeinflussen. Die Krankheitsdauer wird nicht abgekürzt, aber man kann das Pyramidon 3—4 Wochen lang geben, ohne daß eine Schädigung eintritt. Grätzer.

M. Schreiner. Über den heutigen Stand der Keuchhustenbehandlung und über neuere Erfahrungen mit Oxykampher und Citrophen.

(Aus der kgl. pädiatr. Universitätspoliklinik in München.)

(Therap. Monatshefte 1903 No. 5—7.)

Auf Grund seiner Erfahrungen, die S. an einem großen Material mit der Behandlung des Keuchhustens mit Citrophen und Oxykampher gesammelt hat, gelangt er betreffs des erstern zu folgenden Schlüssen:

Citrophen wird von allen Kindern, besonders in etwas Zuckerwasser, wegen seines limonadeähnlichen Geschmackes sehr gern genommen und gut vertragen. Eine ungünstige Einwirkung auf den Verdauungstraktus wurde in keinem Falle bemerkt; wohl aber wurde das Erbrechen günstig beeinflußt, und nahm bei einzelnen Pat. während der Darreichung des Mittels der Appetit zu. Schädliche Einwirkungen auf irgend welche inneren Organe konnten niemals, auch bei den höchsten angewandten Dosen, nicht konstatiert werden. In manchen Fällen trat eine reichlichere Schweißsekretion auf; Hautausschläge kamen nicht vor. Die Wirkung auf den Keuchhusten ist eine ausgezeichnete. Mit Ausnahme eines verschwindend kleinen Prozentsatzes, der sich gewiß noch vermindern läßt, bewirkt das Citrophen nicht nur eine erhebliche Verkürzung der Krankheitsdauer, sondern es gestaltet auch den ganzen Verlauf (bei 93% der behandelten Fälle) zu einem viel milderen. Die Anfälle werden innerhalb kurzer Zeit, manchmal schon in 1—3 Tagen, erheblich seltener, kürzer und leichter. Das Erbrechen von Nahrung pflegt rasch aufzuhören, auch das Schleimbrechen verliert sich bald. Es empfiehlt sich, je nach der Intensität der Erkrankung, mit Dosen von 3mal täglich 1,5 bis 2,0 dcg pro anno zu beginnen, und, wenn diese Dosis unwirksam bleibt, in kurzen Zwischenräumen auf 2,5—3,0 dcg pro anno, 3mal täglich zu steigern. Die meistens auch wirksame Einzeldosis von 0,7 g sollte jedoch vorläufig bei Kindern unter 8—10 Jahren nicht überschritten werden; hier ist es besser, die kleinere Dosis lieber öfter, etwa 4mal täglich, zu verabreichen.

Digitized by Google

Oxaphor ist als 50%ige alkoholische Lösung käuflich, und zwar in drei verschiedenen Formen. Alle drei Arzneiformen, in welchen der pfefferartige Geschmack nicht bedeutend korrigiert ist, wurden in heißer Milch gegeben, welche noch das beste Corrigens ist. Die einfachste Art, Oxaphor zu geben, ist jedoch, das Mittel tropfenweise (19 Tropfen = 1 g) in Zuckerwasser nehmen zu lassen. Sein Urteil über die Verwendbarkeit des Mittels bei Keuchhusten faßt S. folgendermaßen zusammen: Zahl und Intensität der einzelnen Anfälle werden bei den meisten Pat. prompt herabgedrückt. Der Verlauf der Krankheit erfährt eine bemerkenswerte Abkürzung, wenn auch nicht immer in dem Grade, wie das bei Citrophen der Fall ist. Das Mittel wird nicht gern, aber nicht mit großem Widerwillen genommen und meist gut vertragen; es verursacht nicht nur keine Magensymptome, sondern bessert sogar öfters den darniederliegenden Appetit. Wegen seiner Unschädlichkeit für das Herz ist Oxykampher besonders bei schweren Komplikationen (Pneumonie!) zu empfehlen. Eine Kombination mit anderen Mitteln, auch mit Citrophen, ist zwecklos. Einzelgabe, je nach Schwere des Falles, 3mal täglich bis 3stündlich 1—3 dcg pro anno; eine weitere Steigerung der Einzeldosen, die ohne Bedenken erfolgen könnte, würde wahrscheinlich noch viel günstigere Resultate zeitigen. Grätzer.

Cesarini. Febriler Keuchhusten; Typus intermittens quotidianus.

(Riforma medica No. 9 1903.)

Es handelt sich um einen $1^1/_2$jährigen Knaben mit typischem Keuchhusten, bei dem jedoch gleichzeitig ein irreguläres intermittierendes Fieber mit einem oder mehreren Anfällen am Tage vorhanden war; dieses Fieber verschwand unter dem Bild einer Krise am elften Krankheitstage. Verf. schließt aus diesem Fall, daß der Keuchhusten nicht immer afebril auftritt, daß durch das Fieber sich die Prognose nicht verschlechtert, und daß die Temperatursteigerung durch keins der gegen Keuchhusten gegebenen Mittel beeinflußt wird. F.

Edwin E. Graham. Pertussis with unusual cerebral Symptoms.

(New York medical Journal, den 20. Juni 1903.)

Bericht über einen Fall von Keuchhusten bei einem 19 Monate alten Kinde mit ungewöhnlichen zerebralen Erscheinungen: Stupor, Parese der Beine, später ausgeprägter spastischer Zustand der oberen und unteren Extremitäten. Die ophthalmoskopische Untersuchung lieferte negative Befunde. Ebensowenig Aufklärung erhielt man von einer Lumbalpunktion.

Lähmungen im Verlauf des Keuchhustens kommen bekanntlich nicht all zu selten vor. Leo Jakobi (New York).

Digitized by Google

Charles J. Aldrick. Neuritis from Whooping-Cough.

(New York Medical Journal, den 6. Juni 1903.)

Neuritiden können im Verlauf einer jeden Infektion auftreten. Speziell nach Keuchhusten sieht man Neuritis verhältnismäßig selten.

Verf. berichtet über einen Fall bei einem 4jährigen Knaben, welcher in der vierten Woche eines Keuchhustens schwach auf den Beinen wurde. Sehr bald gesellten sich ähnliche Störungen von seiten der Arme hinzu. Auch Gaumenlähmung trat auf. Innerhalb von zwölf weiteren Wochen genas der Knabe vollständig.

Folgt Übersicht ähnlicher Fälle aus der Literatur.

Leo Jakobi (New York).

T. W. Kilmer. Whooping-Cough. A new Method of Treatment.

(New York Medical Journal, den 20. Juni 1903.)

Nach der Meinung des Verf.s ist der Keuchhusten an einen bestimmten Verlauf ebenso gebunden wie die Pneumonie.

Therapeutisch empfiehlt sich die innere Darreichung von Brom und Antipyrin abwechselnd mit Chinin. So erhält z. B. ein 2jähriges Kind 0,05 Antipyrin mit 0,2 Natrium bromatum 2stündlich 3—4 Tage lang; alsdann setzt man aus und reicht 0,2 Chininum sulphuricum, 3stündlich 3—4 Tage lang, um nun wieder zur ersten Medikation zurückzukehren.

Daneben preist K. eine neue mechanische Behandlungsmethode, welche in der Anlegung einer gutsitzenden elastischen Leibbinde besteht. Diese Binde kann den Thorax mit einhüllen. Ihre Wirkung soll eine ausgezeichnete sein, namentlich soll das Erbrechen dadurch in Schranken gehalten werden. Das Prinzip dieser Maßnahme hat Verf. der bekannten Leibbinde gegen Seekrankheit entlehnt.

Leo Jakobi (New York).

W. E. Foggie. A case of cerebral diplegia after whooping-cough.

(The Scottish Medical and Surgical Journal, S. 39, Januar 1903.)

Das $2^1/_2$jährige Mädchen bekam im Anschluß an einen heftigen Keuchhustenanfall im sechsten Lebensmonat allgemeine Krämpfe mit Bewußtlosigkeit, die ca. 2 Wochen dauerten. Die Folge war eine mangelhafte geistige Entwicklung, Muskelschwäche und Steifheit der Glieder. Das Kind bietet zur Zeit etwa folgendes Bild:

Es ist schwächlich und für sein Alter klein, es kann sitzen aber nicht stehen, die Fontanelle ist noch nicht geschlossen. Die geistige Entwicklung ist unter Durchschnitt, es spricht nur wenige Worte; Gesicht und Gehör gut. Das auffälligste Symptom ist die Steifheit der Glieder, besonders der oberen Extremitäten, die gestreckt gehalten werden. Die unteren Extremitäten sind weniger steif; die Muskelspasmen treten bei Bewegungen noch stärker auf, die Reflexe sind

Digitized by Google

teils erhöht, teils normal. Keine atethotischen Bewegungen, keine Sensibilitätsstörungen. F. nimmt als Ursache dieser nervösen Störungen eine Meningealblutung an. Schreiber (Göttingen).

A. Hecht. Grippe und eitrige Meningitis mit dem Befund der Influenzabazillen.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde, Bd. 57, Heft 3.)

Bei einem Falle von Meningitis im Verlaufe einer Influenzapneumonie fanden sich in der punktierten Lumbalflüssigkeit Influenzabazillen und außerdem kleine Gramnegative diplokokkenartige Gebilde, die nach ihrem kulturellen Verhalten ebenfalls als Influenzabazillen anzusprechen waren. Es handelt sich also um eine reine Influenzameningitis. In den gehärteten Organen ließen sich Influenzabazillen mit Sicherheit nur in der Exsudatlage zwischen den Meningen nachweisen. Die klinische Diagnose der Influenzameningitis ist nur durch Lumbalpunktion und gelungene Kultur zu stellen. Für die Differenzial-Diagnose zwischen Diplokokken- und reiner Influenzameningitis wäre vielleicht auf eventuelle Leukozytose zu achten, die nach Rieder bei reiner Influenzapneumonie vermißt wird. Dem Influenzabazillus scheint, wo er allein herrscht, die Fähigkeit zu mangeln, größere Fibrin-Exsudationen zu bewirken. Hecker (München).

H. B. L. Vos. Over de Kindergriep (Coryza febriculosa infantum, s. aeroditis superior infectiosa infantum).

(Ned. Tijdschrift v. Genesk. 1903 No. 1.)

Verf. überlegt sich aus Anlaß einer kleinen Reihe von Krankheitsfällen die Frage, ob ein Grund vorliege zur Annahme eines selbstständigen Krankheitsbildes der „Kindergrippe“, die von Filatow wie folgt beschrieben wird: Katarrh der oberen Luftwege, mehr speziell Coryza und namentlich am Anfange kurzer, trockener Husten, Konjunktivitis, Fieber, Ohrenschmerzen.

Diese Frage wird vom Verf. bejahend beantwortet.

Verf. ergeht sich in einer ausführlichen Besprechung der verschiedenen Symptome und Komplikationen.

Als bedeutendste Komplikation nennt Verf. die Pneumonie.

Indem beide Erscheinungsweisen, sowohl die kruppöse als die katarrhalische Pneumonie auftreten können, weist der Verf. darauf hin, daß diese bei der Grippe wie überhaupt bei sehr jungen Kindern klinisch nicht scharf zu trennen sind.

Außer durch starken Temperaturwechsel wird die Grippepneumonie oft durch einen äußerst unregelmäßigen und langgedehnten Verlauf gekennzeichnet, der meistens dem Verlaufe einer Pneumonia migrans entspricht.

Bei der Differentialdiagnose soll an Diphtherie und Lues congenita gedacht werden.

Digitized by Google

Schwierigkeiten bieten sich mitunter dar, wenn Erscheinungen seitens des Respirationsapparates bei skrofulösen Kindern sich mit einer Coryza und Konjunktivitis komplizieren, welche gleichfalls Symptome der Skrofulose sind.

Auch Pertussis kann im Anfangsstadium Schwierigkeiten darbieten, aber nicht lange.

Bei Malaria entscheidet die Blutuntersuchung.

Indem auch bei der Kindergrippe bisweilen eine stufenweise Steigerung der Temperatur vorkommt, soll bei der Differentialdiagnose auch an Typhus abdominalis gedacht werden; auch miliäre und chronische verlaufende Tuberkulose können Schwierigkeiten für die Differentialdiagnose bieten. Von Bedeutung ist unbedingt auch die Differentialdiagnose bei der Influenza. Diese fängt gewöhnlich an mit Fieber, allgemeiner Schwäche, Kopfschmerzen, oft mit Erbrechen; Coryza und Husten fanden meistens am ersten Tage noch nicht statt; die Coryza tritt nicht in den Vordergrund.

Auch greift die Grippe besonders junge Kinder (von 2—5 Jahren an, die Influenza insonderheit ältere.

Inbezug auf die Ätiologie befinden wir uns noch im Dunkeln. Verf. zeigt uns, daß auch Luzzatos Untersuchungen hier kein Licht entzündet haben.

Die Prognose ist im allgemeinen faust.

Die Therapie ist eine rein symptomatische. Plantenga (Haag).

J. Guttmann. A case of epidural Absceß of Otitic origin-Operation-Recovery.

(New York Medical Journal, den 9. Mai 1903.)

Bis vor kurzem hat man Eiterungen innerhalb der Schädelhöhle mit Recht als höchst ernste Zustände angesehen. Heutzutage trägt die Chirurgie immer mehr dazu bei, die trübe Prognose abzuändern.

Einen hierher gehörenden Fall schildert Verf. Bei seiner Pat., einem 15jährigen Mädchen, kam es nach Influenza zur akuten Otitis media, an die sich zerebrale Erscheinungen anschlossen (Kopfschmerz, Erbrechen, Stupor, Nackenstarre).

Eine Mastoidoperation nach Schwarze wurde nun ausgeführt und das Antrum vom Eiter befreit. Dabei entdeckte man eine tiefgehende Fistel, die schließlich zu einem epiduralen Abszeß führte. Diese wurde entleert und seine Wände ausgeschabt.

Das Kind erholte sich rasch und verließ 8 Tage später das Krankenhaus. Leo Jacobi (New York).

Caccia. Un caso di meningite cerebro-spinale da batterio emofilo di Pfeiffer.

(Rivista di Clinica Pediatrica 1903 No. 2.)

Es handelte sich um ein 9monatliches Kind mit Meningitis cerebro-spinalis; die mittels der Punktion des Wirbelkanals gewonnene

Digitized by Google

Zerebrospinalflüssigkeit wurde bakteriologisch untersucht und es ergab sich, daß der Krankheitserreger ein Mikroorganismus war, der sich seinen morphologischen und kulturellen Eigenschaften nach, sowie in bezug auf seine Einwirkung auf Tiere in nichts von dem Bazillus unterschied, den Pfeiffer bei Influenza beschrieben hat. Verf. glaubt, daß der Bazillus wahrscheinlich den Nasenrachenraum als Eingangspforte benutzt habe und von dort zum Gehirn gelangt sei. Eine 20 Tage nach Auftreten der ersten nervösen Symptome (Facialislähmung) entstandene Otitis media purulenta erklärt Verf. durch Ausbreitung des Prozesses durch den inneren Gehörgang auf das Mittelohr. Der Fall ging übrigens in Genesung über, was Verf. zum Teil zurückführt auf wiederholte Lumbalpunktionen. F.

D'Orlandi. Contributo allo studio della cito diagnosi in aliune maletti infantili.

(La Pediatria Nr. 1 1903.)

Verf. hat bei den verschiedensten Erkrankungen die Zerebrospinalflüssigkeit, die durch Lumbalpunktion genommen war, untersucht und ist zu folgenden Resultaten gelangt:

In der Zerebrospinalflüssigkeit, die in physikalischer und chemischer Beziehung normal war und von Kindern, die an verschiedenen Krankheiten litten, stammte, fanden sich fast konstant kleine und große Lymphozyten oder polynukleäre oder mononukleäre Leukozyten oder die einen mit den andern zusammen. Bei tuberkulöser Meningitis mit typischem Verlauf überwogen die einzelligen Formen (Lymphozyten und mononukleäre Leukozyten). Bei akuter Zerebrospinalmeningitis mit Befund von Pneumokokken hatte der Befund keinen speziellen Charakter; bei diffuser Lungentuberkulose mit meningealen Reizungserscheinungen und beim Ileotyphus mit ebensolchen Erscheinungen überwogen die polynukleären Elemente. Bei Chorea, Tetanie, chronischem Hydrocephalus, Rachitis, Pleuritis, Lungenphthise, Bronchopneumonie war der Befund negativ. F.

Ludwig Goldreich. Meningitis bei Neugeborenen.

(Aus dem Karolinen-Kinderspital in Wien.)

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde Bd. 56 Heft 6.)

Ein Fall, bei dem sich schon 24 Stunden post partum Meningitissymptome feststellen liessen: Vorwölbung der großen Fontanelle, klonische Krämpfe der Gesichts-, Nacken- und Armmuskulatur, Nackensteifheit. Tod nach 54stündiger Lebensdauer. Obduktions-Befund: akute, fibrinös eitrige Meningitis, frische fibrinöse Pleuritis, diffuse eitrige Bronchitis. Im Eiter Bacterium coli commune. L. glaubt, daß die Infektion während der Geburt durch Aspiration von Fruchtwasser erfolgt sei und daß die Meningen erst sekundär von den Bronchien aus auf dem Wege der Blutbahn infiziert worden seien.

Hecker (München).

Digitized by Google

H. Pfister. Die Kapazität des Schädels (der Kopfhöhle) beim Säugling und älteren Kinde.

(Monatsschrift f. Psych. u. Neur., Bd. 13 Heft 6.)

Pf. fand bei seinen Messungen, daß die Kapazität der Kopfhöhle auf sämtlichen Altersstufen bei den Knaben größer ist als bei den Mädchen. Dieser Kapazitätsunterschied der Geschlechter ist bei bezw. kurz nach der Geburt ein relativ geringer (ungefähr 20 ccm), wächst mit dem Heranwachsen der Kinder anfangs rasch, später immer langsamer. Von den Anfangswerten der Kapazität wächst der durchschnittliche Rauminhalt der Kopfhöhle so, daß schon vor dem neunten Monate das erste Drittel der Gesamtzunahme, mit ca. $2\,^1/_2$ Jahren das zweite Drittel gewonnen wird, von welchem Zeitpunkte ab in immer langsamerem Tempo das Weiterwachsen um das letzte Drittel der Gesamtzunahme erfolgt. Wann diese abgeschlossen ist, kann nicht bestimmt angegeben werden.

Bei Knaben wie bei Mädchen zeigt die Kapazität auf derselben Altersstufe eine oft sehr erhebliche Variationsbreite. Diese Unterschiede sind als Ausdruck einer individuellen Anlage aufzufassen.

Kurt Mendel.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein für innere Medizin in Berlin.

Sitzung vom 6. April 1903.

Einen **Fall von geheilter spondylitischer Lähmung** demonstriert Joachimsthal. Es handelt sich um einen jetzt 9 Jahre alten Knaben, bei dem sich im vierten Lebensjahre die ersten Erscheinungen einer spondylitischen Erkrankung geltend machten, worauf sich in der oberen Region der Brustwirbelsäule ein Gibbus ausbildete. Extensionsmaßnahmen, später Korsettbehandlung. 1 Jahr nach Erscheinen der ersten spondylitischen Symptome traten Lähmungserscheinungen an den unteren Gliedmaßen und Blase auf, und diese Symptome machten solche Fortschritte, daß, als J. das Kind Januar 1899 zum ersten mal sah, komplette spastische Paralyse an beiden Beinen, sowie vollkommene Incontinentia urinae bestanden. Im Bereiche des vierten und fünften Dorsalwirbels fand sich eine Prominenz der auf Druck empfindlichen Dornfortsätze. Da Pat. an beiden Beinen gelähmt war, mußte er in horizontaler Lage behandelt werden; er wurde in ein nach Lorenz gefertigtes Gipsbett gelegt, an dem vermittelst eines Jury-mastes und einer Glissonschen Schwebe eine Extension und damit eine Entlastung der oberen Partien der Wirbelsäule versucht wurde. In diesem trostlosen Zustande blieb Pat. etwa 6 Monate lang. Um die Mitte des Jahres 1899 zeigte sich eine Anschwellung der rechten Halsseite, die sich dann als unterhalb der Sternokleidomastoideus gelegener Kongestionsabszeß entpuppte, jedenfalls ausgehend von dem tiefer gelegenen spondylitischen Herd. Am 4. November 1899 wurde der Abszeß durch einen Schnitt an der Innenseite des Sternokleidomastoideus breit eröffnet und $^1/_3$ Liter Eiter entleert; man gelangte mit dem Finger bis an die Vorderfläche der Wirbelsäule, konnte aber den tiefer gelegenen Herd nicht abtasten. Unmittelbar an diesen Eingriff schloß sich nun eine überraschende Rückbildung der Paralysen an. Schon am Nachmittage des Operationstages waren die Spasmen

Digitized by Google

vollständig verschwunden, Tags darauf konnte Pat. den Urin halten und die Beine bewegen, 3 Wochen später ging er schon ohne jede Stütze frei umher, und ist seitdem ($3\frac{1}{2}$ Jahre) auch vollkommen gehfähig und gesund geblieben. Wie ist nun diese sofortige Rückbildung der $\frac{1}{2}$ Jahr vorhanden gewesenen Lähmungen zu erklären? Offenbar durch Aufhebung der bestehenden Druckwirkung. J. hält es für das wahrscheinlichste, die Paralysen auf ein Ödem zu beziehen, wie solches bei Behinderung des venösen Abflusses aus den Duralvenen entstehen kann und sicherlich geeignet ist, die schwersten Symptome hervorzurufen, indem es die betreffenden Fasern funktionsunfähig macht. Bei Aufhebung des Kompressionsdruckes kann es zurückgehen; die noch nicht abgestorbenen Fasern können dann ihre Funktionsfähigkeit wieder erlangen. Daß jener Abszeß hier, entgegengesetzt wie sonst, von dem Herde aus nach oben wandert, erklärt sich aus der dauernden horizontalen Lage, die Pat. $\frac{1}{2}$ Jahr hindurch einnehmen mußte.

Sitzung vom 4. Mai 1903.

Über **Entfernung eines Fremdkörpers aus dem linken Bronchus** eines 5jährigen Knaben spricht F. Karewski. Das Kind war, als es spielte, plötzlich blau geworden und wie tot umgefallen. Nachdem vergebens Ärzte gesucht waren, kam es nach etwa 30 Minuten ins Krankenhaus, wo sofort tracheotomiert und künstliche Atmung eingeleitet wurde, worauf Pat. wieder zum Leben kam. Tags darauf befand sich das Kind ganz wohl, und, wenn man die Kanüle zuhielt, bekam es genug Luft, konnte auch ganz gut sprechen, so daß man annehmen mußte, ein Fremdkörper sein nicht mehr vorhanden. Als man aber versuchte, die Kanüle zu entfernen und die Wunde zuhielt, wurde das Kind wieder blau und dyspnoisch, so daß Wiedereinführung der Kanüle nötig war. Laryngoskopische Untersuchung erfolglos. Am dritten Tage begann Pat. zu fiebern. Am vierten Tage konstatierte man auf der linken Lungenhälfte eine Dämpfung, und diese nahm so rapid zu, daß schon nach einigen Stunden vollkommener Schenkelschall auf der ganzen linken Lunge bestand; diese Hälfte blieb beim Atmen zurück. Respirationsgeräusch fast ganz aufgehoben. Abends 39,3° Temperatur. Zweifellos war der Fremdkörper beim Kanülenwechsel aus dem Larynx in die Bronchien gerutscht, obturierte den linken Hauptbronchus total und bewirkte Lungenatelektase. Eine Röntgenaufnahme brachte den Fremdkörper auch prachtvoll zur Ansicht; es zeigte sich ein metallner Knopf im linken Hauptbronchus, einige Zentimeter unterhalb der Teilung. Es wurde nun jetzt (am fünften Tage) Extraktion mittels eines starken Elektromagneten versucht, der Fremdkörper rührte sich aber nicht von der Stelle. Nach vielen vergeblichen Versuchen mit allerlei Hilfsmitteln gelang endlich die Extraktion mittels einer schlanken Kornzange, und der Fremdkörper entpuppte sich als $3\frac{1}{2}$ g schwerer Messingknopf aus einer Ofentür. Am nächsten Tage Entfieberung, bald auch Verschwinden der übrigen Erscheinungen, Pat. blieb seitdem gesund. Es hatte sich also wirklich nur um Lungenatelektase gehandelt, durch die Entfernung des Fremdkörpers war schlimmeres verhütet worden. Denn nicht immer wird, wie manche hoffen, solch ein Fremdkörper früher oder später spontan ausgehustet und richtet unterdessen kein Unglück an. Es besteht stets eine recht große Gefahr, und man sollte deshalb nicht die Hände in den Schoß legen, sondern den in den Bronchien nachgewiesenen Fremdkörper auch unter allen Umständen herauszuholen suchen. Freilich ist das Herumtappen im Dunkeln, das Manipulieren in der Lunge mit Instrumenten ein gewagtes Unternehmen, weshalb die Killiansche Bronchoskopie noch freudig zu begrüßen ist. Wer diese beherrscht, hat ein leichtes Spiel.

Berliner medizinische Gesellschaft.

Sitzungen vom 11.—25. März 1903.

Über die Barlowsche Krankheit hielt Heubner einen Vortrag. Derselbe verfügt über 65 eigene Beobachtungen. Früher nur vereinzelt auftretend, häuften sich die Fälle seit dem Jahre 1901. Die B. (wir werden der Kürze halber das Leiden so abkürzen) ist eine Säuglingskrankheit. $\frac{3}{4}$ der Fälle entwickelten sich

Digitized by Google

in den letzten 4 Monaten des ersten Lebensjahres, 1/4 zu ziemlich gleichen Teilen in den beiden Vierteljahren vor und nach der genannten Periode; am häufigsten war der Krankheitsbeginn im achten Monat. Es waren die Pat. (39 Knaben und 26 Mädchen) sämtlich Kinder besser situierter Leute. Dieser Umstand und die Ähnlichkeit der B. mit Skorbut führt zur Betrachtung der Ernährung als eventuell ätiologischen Momentes. Fast durchweg waren die Kinder unter ärztlicher Überwachung nach den jetzt allgemein giltigen Regeln genährt worden und dabei bis zu dem Zeitpunkt, wo die B. begann, gut gediehen. Es handelte sich allerdings ausnahmslos um künstlich genährte Kinder. Von 55 Kindern, über die Notizen bestehen, waren 13 mit verschiedenerlei Milchsorten, zum Teil aus den besten Kuhställen Berlins, unter Zusatz von Graupenschleim oder Lahmannscher Pflanzenmilch oder Zuckerwasser ernährt worden, ohne Soxhlet, also ohne zu langes Kochen. Einmal war Pat. eine Zeitlang zu reichlich ernährt worden (1 1/2 Liter Milch pro Tag). In einem Falle von Erkrankung im 13. Monat hatte das Kind schon vom neunten Monat an gemischte Diät erhalten (Fleischbrühe, Ei) aber allerdings keine „frische" Nahrung. 12mal war Kuhmilch aus zum Teil besten Musterställen, im Soxhlet 1/4 Stunde und darüber gekocht, dargereicht worden. 19mal, etwa in der Hälfte der während der letzten 1 1/2 Jahre beobachteten Fälle war die Milch aus der größten Berliner Meierei, die pasteurisierte Milch liefert, bezogen und zum Teil im Soxhlet, zum Teil auch ohne diesen gewöhnlich nochmals gekocht worden. Nur 7mal waren monatelang Milchpräparate (kondensierte Milch, Albumosen-, Somatose-, Fettmilch) gegeben worden, nur 4mal überwiegend mehlreiche Nahrung. Aus dieser Zusammenstellung fließt kaum ein helleres Licht auf die Entstehung von B.; daß in einer großen Anzahl der Fälle der beiden letzten Jahre der Bezugsort immer derselbe war, erweckte den Argwohn, daß diese Milch irgend eine Schädlichkeit enthielte. Dieser Verdacht erwies sich bei näherer Betrachtung als inhaltslos. Eines war allen Beobachtungen gemeinsam: daß die Nahrung bis zum Sieden erhitzt worden ist. Dabei war es nicht nötig, daß die Erhitzung längere Zeit fortgesetzt wurde, sondern bei einer Reihe von Kindern hat sogar die einfache Abkochung der Milch hingereicht, B. hervorzurufen. In der Majorität der Fälle durfte die Milch allerdings wohl 10 Minuten lang gekocht worden sein. Daß aber allein im Momente der Erhitzung die Schädlichkeit gelegen sein mußte, durfte schon daraus gefolgert werden, daß in allen Fällen der Ersatz der gekochten Nahrung durch ungekochte eine überraschend schnelle Besserung der Krankheit hervorrief. Also ein bedeutungsvolles ätiologisches Hilfsmoment muß das Abkochen der Nahrung darstellen; die Milch muß durch das Kochen eine Einbuße erleiden, die ein Teil der Säuglinge auszugleichen außer stande ist. Daß die Zahl der Erkrankungen jetzt erheblich zunimmt, das möchte wohl im Anwachsen der künstlichen Ernährung begründet sein. Was die Pathologie nun anbelangt, so waren unter den 65 Fällen bei 44 sowohl Zahnfleischveränderungen wie Knochenschwellungen und -schmerzhaftigkeit, kachektisches Aussehen usw. vorhanden. 6mal fehlten die Blutungen am Zahnfleisch, obwohl die Zähne schon vorhanden waren, 10mal fehlten die Zähne, dementsprechend auch die Zahnfleischaffektion. Schwellung und Schmerz der Knochen waren am häufigsten und stärksten ausgebildet an den unteren Epiphysen der Oberschenkel. Unter 54 Fällen, wo deutliche Schwellung nachweisbar war, waren 33mal nur die Oberschenkel, 14mal Ober- und Unterschenkel, 7mal nur die Unterschenkel ergriffen; wesentlich seltener waren die schmerzhaften Anschwellungen der Vorderarme und der Rippen. Nicht immer war die Epiphyse die am stärksten geschwollene Partie des Oberschenkels, sondern mehrmals fand sich der größte Umfang der Geschwulst in der Mitte der Diaphyse. Auch Epiphysenlösungen kommen vor. Auch am Schädel sah H. hämorrhagische Anschwellungen; einmal am Schädeldach, 4mal in der Orbita. Es handelt sich pathologisch-anatomisch in der Hauptsache

1. um eine eigenartige Ernährungsstörung mit Wachstumsbehinderung und Baufälligwerden im Knochensystem;

2. um eine Neigung zu Blutaustritten aus den Gefäßen, die wieder vorwiegend das Gebiet des Knochenmarkes und Periostes betrifft, aber doch auch auf nicht knöcherne Körperorgane (Haut, Schleimhäute, Nieren) übergreifen kann. Die Knochenerkrankung erstreckt sich sowohl auf das Mark wie auf den wachsenden Knochen selbst. Das Mark geht eine ganz eigentümliche Degeneration aus dem lymphzellenreichen saftigen Gewebe in eine lockere, verödete, gefäßarme,

Digitized by Google

dem embryonalen Bindegewebe ähnliche, ganz zellenarme Substanz ein. Die Markzellen verlieren die Fähigkeit, sich in Osteoplasten umzuwandeln, und so hört der Knochen auf zu wachsen. An Stelle der Spongiosa tritt ein mürbes, leicht zerbrechliches und verschiebliches Gewebe, und da auch das periostale Wachstum mangelhaft ist, so wird auch die Corticalis dann atrophisch, osteoporotisch. Dadurch entstehen besonders an den Ossifikationsgrenzen der Epiphysen allerhand Infraktionen, Frakturen, Verschiebungen, die aus der Spongiosa ein unregelmäßiges Trümmerfeld machen können. Hier entstehen nun die Hämorrhagien, die sowohl das Mark imprägnieren, wie namentlich in großer Mächtigkeit zwischen Periost und Corticalis der Diaphyse sich ergießen und so zur Geschwulstbildung führen. Es handelt sich um etwas ganz anderes, als um Rachitis, mit der die Erkrankung in gar keinem Zusammenhang steht. An Skorbut erinnert B. in mancherlei Hinsicht, aber es sind auch starke Unterschiede vorhanden: vor allem führt B. am Zahnfleisch nicht zur Nekrose, es tritt keine Geschwürsbildung und faulige Abstoßung auf. Außer am Knochen sah H. auch an anderen Organen Blutungen auftreten: 7 mal an der Haut (in Form von purpuraartigen Flecken, blutigen Suffosionen, Blutblasen), 6 mal an Schleimhäuten (Zunge, Auge, Nase, Darm), 6 mal in der Niere (Nephritis haemorrhagica). In weitaus den meisten Fällen wurde das Leiden durch den Habitus und das kachektische Aussehen erkannt. Der Verlauf der Krankheit ist immer ein sehr chronischer, so lange nicht die geeignete Behandlung einsetzt. Letztere ist bei M. eine äußerst dankbare. 28 mal hat H. über die Erfolge Nachrichten erhalten. In 25 Fällen war die Besserung der bis dahin wochen- und monatelang bestandenen Erkrankung eine überraschend schnelle und endgültige; binnen wenigen Tagen schwand der Schmerz, in 14 Tagen war das Zahnfleisch normal, die Schwellungen in vollem Rückgange. Um dies zu erreichen, genügen diätetische Vorschriften. Es ist weiter nichts nötig, als daß die bis dahin gewöhnlich ganz monoton gehaltene Ernährung mit länger gekochter Milch oder mit Milchpräparaten aufgegeben wird und an deren Stelle die Ernährung mit ungekochter Milch tritt, die allerdings aus sehr zuverläßiger Quelle bezogen und ununterbrochen auf Eis stehen muß. Da es sich meist um Kinder im zweiten Halbjahr handelt, wird sie nicht verdünnt und in fünf Mahlzeiten $^3/_4$—1 Liter verabreicht. Wo reine Milch nicht gut vertragen wird, mag man sie mit einer 5—7%igen Lösung von Soxhlets Nährzucker oder Soxhlets Liebigsuppenpulver oder Mellins food zu einem Drittel oder zur Hälfte verdünnen. Man erwärmt Milch und Lösung auf Körpertemperatur und mischt nachher. Außer der Milch erhält das Kind 3 mal täglich 2—3 Teelöffel frisch ausgepreßten Fleischsaftes, ebenso oft einen Teelöffel frischen Fruchtsaftes, Kinder über 9 Monaten einmal noch eventuell einige Teelöffel Kartoffelmus, Spinat u. dergl. Diese Diät wird in der Regel sehr gut vertragen und führt in kurzer Zeit zur toxalen Umänderung des Befindens. Bleibt freilich B. längere Zeit unerkannt und unbehandelt, so nimmt das Leiden an Intensität zu und manchmal sogar ein letales Ende.

Diskussion (Bericht darüber bringen wir in der nächsten Nummer).

IV. Neue Bücher.

R. Kayser. **Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.** Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin 1903. Verlag von S. Karger.

Nach 2 Jahren ist ein Neudruck dieses Buches notwendig geworden. Zeigt dieses Faktum schon, daß das Werk einem Bedürfnisse entgegen kam und seinen Zweck in bester Weise erfüllte, so gelangt man auch durch die Lektüre desselben zu dem gleich günstigen kritischen Resultat. Der Autor versteht es vortrefflich, kurz und bündig das zu sagen, was er will, und zwar so zu sagen, daß es dem Leser auch ohne Abbildungen — das Buch enthält deren 130 — sofort klar wird, er ist ein Meister in der Beschränkung, d. h. darin, das Wichtigste herauszuholen aus dem Lehrstoffe und einen Überblick über letzteren zu geben, wie das ja bei einer solchen „Anleitung" vollständig genügt. Der Praktiker wird daher auch

Digitized by Google

die 2. Auflage, in welcher der Verf. vieles verbessert und hinzugefügt hat, befriedigt aus der Hand legen und sich immer wieder darin gern Rat holen.

Grätzer.

Neue Dissertationen.

J. Arnheim. Ein Beitrag zur Lehre von den Nahrungsmengen des Brustkindes (Jena). — **F. Bergner.** Über Sarkomatose im Kindesalter (München). — **Fr. Brüning.** Über das Auftreten des Fettes im Knochenmark in den ersten Lebensjahren (Freiburg). — **W. Cartsburg.** Über die präventive Behandlung der Augeneiterung der Neugeborenen (Greifswald). — **J. Fuchsberger.** Über einen Fall von angeborener Mißbildung sämtlicher Extremitäten (München). — **J. Herzog.** Ein Beitrag zur Lehre von den intrakraniellen Blutungen Neugeborener (München). — **E. Hinz.** Über profuse Hämoptoe im frühen Kindesalter bei der Lungentuberkulose (Leipzig). — **R. Holzhäuer.** Zur Kasuistik der Gehirntumoren im Kindesalter (Berlin). — **L. Kaplan.** Bemerkungen zur normalen und topographischen Anatomie der Thymus mit besonderer Berücksichtigung der plötzlichen Todesfälle bei Thymushypertrophie (Berlin). — **P. Kuliga.** Zur Genese der kongenitalen Dünndarmstenosen und Atresien (Heidelberg). — **R. Kutz.** Beitrag zur Kasuistik der Enchondrome am Halse. Beschreibung eines seltenen Falles von kongentialem Enchondrom neben dem Proc. spinosus des sechsten Halswirbels (Königsberg). — **O. Lütgens.** Zur Kasuistik der Riesenkinder (Greifswald). — **H. Much.** Über Todesursachen bei Neugeborenen, mit besonderer Berücksichtigung ihrer forensischen Bedeutung (Würzburg). — **A. Nolte.** Ein Fall von kongenitalem, totalem Tibiadefekt (Leipzig). — **P. Otté.** Ein Fall von Thymustod (Königsberg). — **O. Pieper.** Ein Fall von Septumdefekt mit angeborener Stenose des Ostium arterios. dextrum. Tod durch Lungentuberkulose (München). — **T. Sato.** Über einen Fall von Rückenmarksdegeneration mit seltenen und eigenartigen Veränderungen der Ganglienzellen bei einem 4jährigen Kinde (Würzburg). — **W. Schiffer.** Kasuistischer Beitrag zur klinischen Diagnostik der Persistenz des Ductus arterios. Botalli (Gießen). — **A. Seibold.** Zur Kasuistik der angeborenen Cystengeschwülste des Halses unter besonderer Berücksichtigung eines Falles von kongenitalem kavernösem Lymphangiom (Würzburg). — **W. Stübinger.** Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der angeborenen bösartigen Geschwülste (Leipzig). — **J. Trepinski.** Ein Beitrag zur Statistik und Anatomie der Tuberkulose im Kindesalter (München). — **H. Viereck.** Beiträge zur Hämatologie des Neugeborenen (Rostock). — **H. Wolffheim.** Über einen umfangreichen porenkephalischen Defekt des Gehirns eines Kindes mit frischer Poliomyelitis anterior (Königsberg). — **J. Zillikens.** Über Karzinome im jugendlichen Alter (Gießen).

V. Monats-Chronik.

Eine neue **Kindererholungsstätte** vom Roten Kreuz ist dieser Tage in Sadowa eröffnet worden, nachdem die bisherige einzige in Schönholz dem Andrange schon lange nicht mehr genügte; dieselbe untersteht der ärztlichen Leitung von Dr. R. Lennhoff. Im ganzen sind jetzt in Berlin sechs Erholungsstätten errichtet. (Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 30.)

Für den **Transport von Kindern mit ansteckenden Krankheiten** ins Krankenhaus schlug im vorigen Jahre Dr. med. C. S. Engel die Verwendung von Kinderwagen, die leicht zu desinfizieren sind, vor. Später demonstrierte er in der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege das Muster eines solchen Kinderwagens. Dr. Engels Vorschlag ist jetzt verwirklicht worden. Es ist hier ein Transportinstitut für kranke Kinder von der Eisenmöbelfabrik Förster & Schulze, die sich auch mit der Herstellung von Kinderbetten beschäftigt, ins Leben gerufen worden. Das Institut stellt in verschiedenen Stadtgegenden eigens für den Kindertransport hergerichtete Kinderwagen bereit. Auf den Anruf der Hauptstelle desTransportinstituts, Berlin, Dresdner Str. 80, wird ein Kinderwagen in die Wohnung des Bestellers geschickt. Der Überbringer übernimmt es auch, in Begleitung eines Angehörigen des Kindes oder allein das erkrankte Kind in dem

Digitized by Google

Kinderwagen nach dem Krankenhause zu schaffen. Nach Beendigung des Transportes wird der Wagen desinfiziert. Für die Herleihung des Wagens und die Gestellung des Fahrers werden 3 Mk. berechnet. Mit der Einrichtung wird bezweckt, den Transport kranker Kinder von der Wohnung der Eltern oder Pfleger in das Hospital zu verbilligen. Die Benutzung öffentlichen Fuhrwerkes bei dem Transport von Personen mit ansteckenden Krankheiten ist nämlich polizeilich untersagt und die Kosten der Benutzung der üblichen Krankentransportwagen sind für die vorwiegend in Betracht kommenden ärmere Bevölkerung meist schwer erschwinglich. — Die Erfahrung muß lehren, ob sich die Idee Dr. Engels bewähren wird. (Allgem. med. Zentral-Ztg. 1903 No. 27.)

Die Schulärztin, so betitelt sich ein interessanter Artikel von J. Waldschmidt-Charlottenburg (Deutsche med. Wochenschrift 1903, No. 30), worin dieser die Schularztfrage als in ein neues Stadium tretend begrüßt. Eine neuere Verfügung des preuß. Kultusministers stellt die Volksschule als Mitkämpferin gegen die Trunksucht hin; „wenn dem Religionsunterrichte hauptsächlich die ethische Seite, die Bekämpfung des Lasters, zufällt, so hat der Unterricht in der Naturkunde und Gesundheitslehre vielfach Gelegenheit, die verheerenden Wirkungen des übermäßigen Alkoholgenusses auf Gesundheit und Leben den Kindern zur Kenntnis zu bringen.“ Im preuß. Abgeordnetenhause wurde bereits die Forderung aufgestellt: „Darauf zu halten, daß die Jugend in der Schule über die schädlichen Folgen des übertriebenen Alkoholgenusses aufgeklärt wird, und zwar in den oberen Klassen der höheren Lehranstalten durch Ärzte.“ Hier wird also direkt der Wunsch ausgesprochen, daß Ärzte als Lehrende in den Schulen auftreten möchten. Das wäre in der Tat ärztlicherseits mit Genugtuung zu begrüßen. Von pädagogischer Seite ist dieser Sache schon näher getreten worden. Harry Schmitt behandelt in seinem soeben erschienenen Werke „Frauenbewegung und Mädchenschulreform“ auch die Schularztfrage und spricht sich für die Verwendung von Schulärztinnen für die Mädchenschulen aus. Die Untersuchung der Mädchen unter Assistenz der Klassenlehrerin sollte von Ärztinnen ausgeführt werden, die aber als aktive Mitglieder des Lehrerkollegiums einrangiert werden sollten, und die Mädchen nicht nur in den Fächern zu unterrichten hätten, welche die Gesundheitsregeln betreffen, sondern auch in manch anderem. Die „Chemie der Küche“, Wert und Zubereitung der Nahrungsmittel der normalen und Krankenkost, die eigene Körperpflege, sowie Kinder- und Krankenpflege u. s. w. wären nicht minder wichtige Unterrichtsgegenstände. „Ohne die verständnisvolle und bereitwillige Ausführung ärztlicher Anordnungen seitens der pflegenden Mütter und Mädchen ist oft alle ärztliche Kunst umsonst. Nichts könnte dem schadenstiftenden Kurpfuschertum so den Boden abgraben, nichts der physischen Volksgesundheit, auf der doch die physische ruht, förderlicher sein, als fachkundige Überwachung. Belehrung und Aufklärung der Mädchen im Laufe der Schulzeit, während welcher sie außerdem die Befähigung erlangen müssen, gegebenen Falls aus eigener Initiative heraus, wenn ärztliche Hilfe nicht gleich bei der Hand ist, überall, wo es not tut, sachkundig hilfreich zu sein.“ So würde den Schulärztinnen — und ein Gleiches gilt natürlich auch von den Schulärzten — ein neues und sehr ergiebiges Feld der Tätigkeit zufallen.

An der Universität Greifswald finden vom 15.—28. Oktober Fortbildungskurse für praktische Ärzte statt, an denen sich beteiligen werden die Herren: Professoren Moritz, Friedrich, Strübing, Loeffler, Schirmer, Martin, Tilmann, die Dozenten DrDr. Ritter, Müller, Jung. Anmeldungen werden erbeten an Prof. A. Martin.

VI. Personalien.

Berlin. Dr. **W. Stoeltzner**, habilitiert für Kinderheilkunde.

Prag. Dr. **J. Langer**, habilitiert für Kinderheilkunde.

Erlangen. Prof. Dr. **Fr. Voit** aus München, als ordentlicher Professor berufen, um u. a. Kinderheilkunde zu lehren.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

VIII. Jahrgang. 1. Oktober 1903. No. 10.

I. Originalbeiträge.

(Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Leipzig.)
(Direktor Med.-Rat Prof. Dr. O. Soltmann.)

Beitrag zur Lehre der Vergiftungen im Kindesalter.

Von
Dr. med. **H. Brüning,**
Assistenzarzt.

Im neuen Kinderkrankenhause in Leipzig gelangten im ersten Dezennium seines Bestehens 14 Fälle von Vergiftungen bei Kindern im Alter von 3 Wochen bis 13 Jahren zur Aufnahme. Mit Ausnahme eines einzigen Falles im ersten und zwei weiteren im 13. Lebensjahre beobachteten Fällen standen die übrigen Kinder im Alter von 2 bis 5 Jahren.

Die weitaus größere Anzahl von Vergiftungen in einem Lebensalter, in welchem die Kinder der Obhut der Mütter entwöhnt zu werden pflegen, und in welchem sie selbständig zu handeln beginnen, ohne den Dingen der Außenwelt gegenüber bei der ihrem Alter entsprechenden geistigen Entwicklung das nötige Verständnis entgegenzubringen, läßt es naturgemäß begreiflich erscheinen, daß die meisten Unglücksfälle durch Vergiftungen im Kindesalter im Gegensatz zu Erwachsenen versehentlich durch eigenes Verschulden der Betroffenen herbeigeführt wurden. Ohne hierbei eine gewisse Fahrlässigkeit der Eltern in jedem Falle leugnen zu wollen, waren in zehn Fällen wohl die Verunglückten allein an ihrem Unfalle schuld, und nur in drei Fällen war der letztere durch direkte Lässigkeit und Unvorsichtigkeit einer dritten Person, ohne daß der Betroffene es hindern konnte (bei einem 3monatlichen Säugling durch Fahrlässigkeit der Hebamme), bei zwei Mädchen durch Unvorsichtigkeit der Mutter hervorgerufen. Nur in einem einzigen der vorhin erwähnten, durch eigene Schuld bedingten Intoxikationen war mit Überlegung gehandelt worden; auf diesen Fall, der ein 13jähriges Mädchen betraf, welches suicidii causa Karbolsäure getrunken hatte, komme ich später nochmals zurück.

Die Art der Vergiftung und der Weg, den die Gifte nehmen mußten, um in den Körper zu gelangen, entsprach den anfangs geschilderten Tatsachen; die Vergiftungen betrafen in erster Linie (neun Fälle) die Aufnahme von Säuren und Laugen u. a., wie sie im Haushalte zum Putzen usw. Verwendung finden; je einmal handelte es sich um Aufnahme von Morphium und Verschlucken von

Digitized by Google

Tinte, 3mal um Einatmung von Kohlendunst. Mit Ausnahme der letzten Fälle, die durch Affektion zunächst der Respirationsorgane charakterisiert waren, und mit Ausnahme des 3wöchentlichen Säuglings, bei welchem das Gift von der Nabelwunde, d. h. von der Haut aus in den Organismus gelangte, erfolgte also die Vergiftung stets auf dem Wege des Digestionstraktus, d. h. also durch Verschlucken der giftigen Substanzen. Die Vergiftung wurde verursacht durch:

I. Säuren in 6 Fällen; davon
2mal Karbolsäure,
1mal Salpetersäure,
3mal Schwefelsäure,

II. durch kaustische bezw. laugenartige Substanzen in vier Fällen,
je 1mal Kalilauge und Tinte
2mal Ammoniak bezw. Salmiakgeist

III. durch Morphium einmal,

IV. durch Kohlendunst 3mal.

Den günstigsten Verlauf nahm die Vergiftung mit Tinte, so daß eigentlich kaum noch von einer Vergiftung als solcher die Rede sein kann.

1. Fall (Vergiftung mit Tinte).

Ein Mädchen im Alter von 1 1/2 Jahren (No. 489, 1899) wurde gleich nachdem es in einem unbewachten Augenblick ein Fläschchen mit Kaisertinte ausgetrunken hatte, dem Krankenhause zugeführt. Mund- und Rachenschleimhaut war intensiv blau-schwarz verfärbt; die Temperatur betrug 38,2. Keine merklichen Beschwerden. Magenspülung. Nach 2 Tagen geheilt entlassen; auch später keine Nachwirkungen.

Im Gegensatz zu dieser harmlosen Intoxikation, die, wie so manche dieser Art, von Schulkindern usw. aus Übermut unternommen — es dürften derartige Beobachtungen wohl jedem Leser zur Genüge aus seiner eigenen Schulzeit bekannt sein — für das Kind ohne jeden Schaden ablief, kam es zu weit schwereren Erscheinungen in den Fällen von Vergiftung mit Kalilauge und Ammoniak.

Es seien auch diese Fälle in extenso mitgeteilt:

2. Fall (Vergiftung durch Linimentum ammoniatum).

G., Frieda (1378, 1899), 1 1/2 Jahre alt, trank versehentlich flüchtiges Liniment (eine aus Olivenöl, Mohnöl und Liquor Ammonii caustici bestehende weißliche Masse) das zu Einreibungen usw. verwendet zu werden pflegt; ein Teil wurde alsbald wieder erbrochen. Als das Kind sogleich nach dem Unfalle ins Krankenhaus gebracht wurde, war schon auf größere Entfernung ein stechender Ammoniakgeruch aus dem Munde bemerkbar; die Zunge war trocken, grauweißlich; Tonsillen und Gaumenbögen, sowie die Schleimhaut des Rachens waren intensiv gerötet und geschwollen. Bei der Ausspülung des Magens mit Zitronensäurelösung entleerten sich große Mengen noch stark nach Ammoniak riechenden Mageninhaltes. Am nächsten Tage einmal Erbrechen; auf der linken Tonsille grauweiße, oberflächliche Nekrosen; Rötung der Schleimhaut des Rachens noch stärker. Die Beläge stoßen sich jedoch nach kurzer Zeit ab, und das Kind konnte, 8 Tage nach der Aufnahme, mit gutem Allgemeinzustand entlassen werden. Auch später haben sich bei dem Kinde keine üblen Folgen bemerkbar gemacht.

3. Fall (Vergiftung mit Salmiakgeist).

K., Günther (1013, 1898), 2 Jahre alt; trank versehentlich einige Schluck reinen Salmiakgeist; darnach heftig geschrieen; erbrochen; Husten. Vom Arzt sofort ins Krankenhaus geschickt; fleckige, weiße Beläge auf Zahnfleisch, Zunge

Digitized by Google

und hartem Gaumen; Tonsillen, vordere Gaumenbögen ähnlich; Schleimhaut überall gerötet und geschwollen. Schlucken erschwert; Stimme frei. Große Unruhe. Eismilch; Limonade mit Acid. sulfur. dil. Morphium; Eisschlauch um den Hals. Nach einigen Tagen haben sich die Ätzschorfe abgestoßen. Kind gebessert entlassen.

Das Kind lebt und ist völlig gesund. Es bestehen keine Beschwerden irgend welcher Art, die mit der Vergiftung in Zusammenhang sich bringen ließen.

4. Fall (Vergiftung mit Lauge).

von B., Gertrud (999, 1898), 4 Jahre alt; trinkt am 4. Juni Lauge vom Seifensieder; Zunge stark angeschwollen; durch Milch mit Magnes. ust. anscheinend völlig geheilt. 3 Wochen später nach jeder Mahlzeit Erbrechen; auch flüssige Speisen werden wieder erbrochen; Stärkerwerden der Schluckbeschwerden; zunehmende Abmagerung; einmal nur das Erbrochene mit Blut vermischt; Leibschmerzen; angehaltener, zeitweise blutiger Stuhl. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus: abgemagertes Kind; foetor ex ore; Rötung des Racheneinganges; Passage der ungefähr 17 cm von der Zahnreihe entfernten Stenose nicht möglich; sehr heftiges Würgen mit Herausbringen von massenhaft schaumig-blutigem Schleim. Milch aus der Flasche passiert ohne Beschwerden; bei der Auskultation am Rücken läßt sich das Auftreffen der Milch und darauf das langsame Durchfließen derselben durch die verengte Partie deutlich verfolgen. Tägliche Sondierung mit vorübergehender erheblicher Besserung und Zunahme des Körpergewichtes. Später wieder langsame Verschlechterung: zeitweise Erbrechen, schlechtes Trinken; Schmerzgefühl unter dem Brustbein. In leidlichem Ernährungszustand auf Wunsch der Eltern „gebessert" entlassen.

Nach persönlicher Erkundigung bei der Mutter des Kindes ist dasselbe am 30. September desselben Jahres, kaum 4 Wochen, nachdem es aus dem Krankenhause entlassen worden war, an Entkräftung gestorben. Die Bougierung der stenosierten Speiseröhre wurde vom Hausarzte bis kurz vor dem exitus täglich vorgenommen, doch war die Nahrungsaufnahme, die gegen Ende ganz unmöglich wurde, durch Erbrechen und Schmerzhaftigkeit so sehr erschwert, daß das Kind zum Skelett abmagerte, bis der Tod es von seinen Qualen erlöste.

Über Vergiftung mit Laugen und ätzenden Substanzen bei Kindern finden sich in der Literatur relativ zahlreiche Beispiele. Manicus beobachtete eine Ammoniakvergiftung bei einem 5jährigen Kinde, welches nach 4 Wochen völlig wieder hergestellt war, und Kramsztyk berichtet aus dem jüdischen Kinderhospital in Warschau über 32 Fälle von Vergiftung mit Natronlauge, welche dort in den Jahren 1889—1899 behandelt worden waren; von diesen Kindern standen 30 im 1.—5., und nur zwei im 9. bezw. 10. Lebensjahre. Fast alle kamen bald nach der Intoxikation zur Aufnahme, aber gleichwohl endigte eine große Anzahl der Fälle mit dem Tode.

Daß gelegentlich tötliche Giftmengen auch im Kindesalter ohne Schaden vertragen werden, beweist der Fall 5, welcher eine Vergiftung mit Morphium betraf.

M., Else, 2 Jahre alt (176, 1893), hat um 4 Uhr nachmittags nach Angabe der Mutter ungefähr die Hälfte einer für sie (die Mutter) bestimmten Arznei ausgetrunken. Trotzdem die Mutter dem Kinde bald nachher Kaffee und Milch zu trinken gab, fiel das Kind in immer tieferen Schlaf. Hierdurch ängstlich geworden, bringt die Mutter das Kind ins Krankenhaus. Sofortige Magenausspülung entleert reichlich Mageninhalt, ohne mit Bestimmtheit auf die toxische Schädlichkeit hinzuweisen. Pupillen sehr enge, auf Belichtung noch enger werdend, durch Beschattung jedoch sich nicht erweiternd. Puls und Atmung regelmäßig; Puls ziemlich kräftig. Schlaf ununterbrochen, nur ab und zu leichte Reaktion auf sensible Reize; später ist die Reaktion vollkommen erloschen und der Puls irregulär. Um 8 Uhr abends (da die Intoxikationserscheinungen zunehmen) mittels Sonde 0,5 Kampher in Emulsion, ferner subkutan Atropin. sulfur. 0,001. Eine Stunde später werden die Pupillen weiter, der schwache Puls wird voller, und

Digitized by Google

schon am andern Tage kann das Kind geheilt entlassen werden. Immerhin ist dieser glückliche Ausgang, der wohl im wesentlichen durch die alsbaldige Entleerung des gefüllten Magens durch die Sonde und durch die alsbaldige Verabreichung von Kampher und Atropin. sulfur. bedingt worden ist, sehr zu verwundern mit Rücksicht auf die Menge des für das Kindesalter bekanntlich außerordentlich differenten Giftstoffes. Die Arznei hatte nämlich folgende Zusammensetzung gehabt:

Morphin. mur. 0,12
Aqu. Lauroceras. 20,0

und das Kind sollte die Hälfte davon getrunken, also doch zum mindesten 0,05 Morphium und 7—8 g Aqu. Laurocerasi, d. h. also fast die doppelte Maximaleinzeldosis an Morphium für den Erwachsenen und mehr als die für Erwachsene bestimmte Tagesmenge an Kirschlorbeerwasser, das außerdem noch Spuren von Blausäure enthält, zu sich genommen.

Das Kind hat sich nach persönlicher Erkundigung bei den Eltern sehr gut entwickelt; irgend welche Schädlichkeiten sind nachträglich nicht aufgetreten.

Vergiftungsfälle bei Kindern durch Morphium bezw. Opium mit glücklichem Ausgang beobachteten auch Cruse, Semtschenko und Eschle; in zwei von Trautner und Biedert beschriebenen Fällen trat dagegen der Tod ein. Cruses Fall betraf seinen eigenen 2monatlichen Säugling, bei welchem versehentlich statt mit Borsäurelösung die Mundhöhle mit einer Lösung von Morphin. mur. 0,6—30,0 ausgewischt worden war, trotz einer Morphiummenge von etwa 0,003 g trat nach 36 Stunden nach Verabreichung der doppelten Maximaldosis an Atropin für Erwachsene (2 mg) völlige restitutio ad integrum ein; ähnlich erging es in den Fällen von Eschle und Semtschenko, von denen der erstere, durch Verabreichung von 12 Tropf. Tinct. Opii simpl. an ein 4jähriges Mädchen, der zweite durch Eingeben von Pulv. Doweri in zu großer Dosis an ein 8monatliches Kind bedingt war. Während in Semtschenkos Fall schon nach 24 Stunden Besserung eintrat, hielten die Vergiftungserscheinungen in dem Falle Eschles, der außerdem, wie ein von Katzenstein beschriebener Fall bei einem 20tägigen Kinde, im Gegensatz zu den übrigen Beobachtungen durch Fehlen der Pupillenverengerung bezw. durch Dilatation der Pupillen ad maximum und enorme Steigerung der Sehnenreflexe mit klonisch-tonischen Krämpfen charakterisiert war, lange Zeit an; in diesem Falle wirkte ein Belladonnainfus ebenfalls günstig. Der Säugling Katzensteins wurde in erster Linie durch künstliche Atmung zum Leben zurückgerufen; ferner wurden Kochsalzinfusionen und Exzitantien angewandt; nach 26 Stunden war jegliches Symptom der Morphiumvergiftung verschwunden. Daß aber trotz Magenspülung und Verabreichung von Atropin gerade im Säuglingsalter der Tod nicht verhütet werden kann, beweisen die von Biedert und Trautner näher beschriebenen Fälle bei mehrwöchentlichen bezw. mehrmonatlichen Kindern; bei der Sektion des Trautnerschen Falles fanden sich an den Organen keine nachweisbaren Veränderungen.

Was die Therapie der Morphium- bezw. Opiumvergiftung anlangt, so sind neben rechtzeitiger Anwendung von Magenpumpe und Brechmitteln in erster Linie Exzitantien (Kampher, Äther) und die vorsichtige Darreichung von Atropin sulfur. in nicht zu geringer Dosis zu empfehlen, da gerade auch das Atropin vom kindlichen Organismus, wie die Beobachtung Cruses zeigt, ohne Schaden vertragen wird; ebenfalls verdienen Kochsalzinfusionen und eventuell künstliche

Digitized by Google

Atmung versucht zu werden. Ebenfalls um Intoxikationen im akuten Stadium der Vergiftungserscheinungen handelte es sich bei den Kohlenoxydvergiftungen, deren Opfer ein sonst gesundes 4jähriges Mädchen durch eigenes Verschulden und durch Fahrlässigkeit der Pflegemutter und zwei Geschwister von 2 und 5 Jahren durch-Unachtsamkeit der Mutter geworden sind.

Fall 6.

J., Else, 4 Jahre alt, (161, 1896), wird von der Pflegemutter auf 1/2 Stunde allein im Zimmer gelassen; während dieser Zeit macht sich das Kind am Ofen zu schaffen und soll frische Briketts nachgelegt haben. Durch Herausfallen brennender Kohle aus dem Ofen in die Kohlenschale gelangen die in derselben befindlichen Kohlen allmählich ins Glimmen. Die Pflegemutter findet das Kind bei ihrer Rückkehr bewußtlos im Zimmer vor dem Ofen liegen, der Raum ist dicht voller Qualm. Nachdem auf der Sanitätswache künstliche Atmungsversuche gemacht und das Kind tüchtig abgerieben und gebürstet worden war, tritt Erbrechen ein, und das Bewußtsein schien langsam wiederzukehren. Nach der Überführung ins Krankenhaus ergab sich: kühle, cyanotische Haut; angestrengte, oberflächliche Atmung, mit Ringen nach Luft, zeitweise aussetzend; Puls nicht fühlbar, Pupillen starr, mittelweit; Kornealreflex erloschen; häufiges, schleimiges Erbrechen; große Unruhe, Jaktation. Trotz Bäder und Abklatschungen, Injektion von Äther und Kampher und Sauerstoffinhalation nur vorübergehende leichte Besserung. Nachdem die Respiration von 56 auf 28 Atemzüge in der Minute und die Temperatur von 38,4 auf 34,8 gesunken war, erfolgte der exitus wenige Stunden nach der Aufnahme. Die Obduktion konnte leider nicht gemacht werden.

Fall 7 und 8.

Die beiden anderen Fälle betrafen zwei Geschwister im Alter von 2 und 5 Jahren, welche von der Mutter ebenfalls allein im Zimmer zurückgelassen worden waren und bei der Rückkehr bewußtlos in dem mit Rauch dicht erfüllten Zimmer aufgefunden wurden. Das ältere der beiden Mädchen erholte sich im Laufe des Tages soweit, daß jede Gefahr vorüber zu sein schien, doch trat am Tage nach dem Unfall eine plötzliche Verschlimmerung des Zustandes mit großer Blässe, röchelnder Atmung und heftiger Atemnot ein, daß die Überführung in das Krankenhaus notwendig wurde. Hier ging das Kind am Spätnachmittage unter den Erscheinungen des Lungenödems zugrunde, indem es, beim Aufrichten im Bette völlig cyanotisch geworden, tot niedersank. Trotz sofortiger Intubation und nachfolgender Tracheotomie, bei welcher größere Mengen eingedickten Sekretes aus den Bronchien und der Trachea entfernt wurden, gelang es nicht, das Kind wieder ins Leben zurückzurufen.

Bei der jüngeren Schwester, die wegen hochgradigster Stenoseerscheinungen mit großer Unruhe und tiefen Einziehungen ebenfalls intubiert und, da keine Besserung eintrat, kurz darauf tracheotomiert werden mußte, war der Verlauf ein günstigerer; nach Ablauf der bronchitischen Lungenaffektion und allmählichem Verschwinden des Lungenödems konnte das Kind, 4 Wochen nach der Aufnahme, geheilt entlassen werden. Bei dem Kinde sind irgendwelche üblen Nachwirkungen der Vergiftung nicht aufgetreten; es lebt und ist gesund.

Sämtliche 3 Fälle von COvergiftung sind also durch Fahrlässigkeit dritter Personen (Pflegemutter bezw. Mutter) herbeigeführt worden; zu bemerken ist nur, daß im zweiten Falle bei dem älteren Kinde durch Intubation und Tracheotomie mit nachfolgender künstlicher Atmung das Kind nicht wieder ins Leben zurückgerufen werden konnte, während bei dem 2jährigen Schwesterchen die bei Lebzeiten wegen hochgradigster Stenoseerscheinungen vorgenommene Intubation mit sekundärer Tracheotomie und Entfernung der vorliegenden Schleimmassen offenbar einen außerordentlich günstigen Effekt erzielte, indem zwar eine langsame, aber doch stetige Besserung und später völlige Heilung

Digitized by Google

eintrat. Daß die Intubation bezw. die Tracheotomie in Fällen von Kohlenoxydvergiftung, die gewöhnlich mit heftiger Atemnot und Cyanose einhergehen, nicht ohne weiteres angewandt werden sollen, braucht nicht hervorgehoben zu werden; erst in solchen Fällen, wo wirklich Stenoseerscheinungen mit Einziehungen im Jugulum und Epigastrium den Verdacht nahe legen, daß neben der Intoxikation mit Kohlendunst auch noch ein Hindernis in den luftzuführenden Wegen — bei beiden Kindern war der Kehlkopf und der obere Abschnitt der Trachea mit dicken, zähen Schleimmassen verstopft — die Situation erschwert, treten die vorhin genannten operativen Eingriffe in ihr Recht; in den übrigen Fällen dürfte man mit den üblichen therapeutischen Maßnahmen (Sorge für frische Luft, künstliche Atmung, Kochsalzinfusion, Transfusion, Faradisation des n. phrenicus, Aderlaß), falls überhaupt noch die Möglichkeit vorliegt, die Kinder am Leben zu erhalten, völlig auskommen.

Die schwersten Vergiftungssymptome und namentlich die bösartigsten Folgeerscheinungen werden nach den nunmehr kurz mitzuteilenden Vergiftungen durch Säuren hervorgerufen; unter den letzteren kommen Schwefel-, Karbol- und Salpetersäure in erster Linie in Frage. (Schluß folgt.)

II. Referate.

Alph. Kramer (Dorpat). Über eine seltene Intoxikation.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1903 No. 18.)

Intoxikation mit dem allgemein als harmlos angesehenen Wäscheblau.

1 1/4jähriges Kind ißt am Abend eine Kugel Wäscheblau, am nächsten Vormittag noch eine, und erkrankt mittags plötzlich mit heftigem Erbrechen und Durchfall, dann Krämpfen und Somnolenz. Nachmittags 4 Uhr: Leichte Cyanose, starke Konvulsionen, unregelmäßige, oberflächliche, intermittierende Atmung, unregelmäßiger, fadenförmiger Puls, absolute Somnolenz, Mydriasis, reaktionslose Pupillen. Sehr bald vollständiger Atemstillstand, moribunder Zustand. Therapie: Energische künstliche Atmung, Vin. stibiat., Thoraxerschütterungen, reichlich Kognak mit Milch (per os und per klysma). Erst nach 3stündiger Tätigkeit stellten sich Atmung und Herztätigkeit wieder spontan ein, der Zustand besserte sich allmählich, und tags darauf war Pat. wieder hergestellt.

Bei der Analyse erwies sich der Farbstoff als Ultramarin. Dies wird dargestellt aus Tonerde, Kieselsäure, Natron, Kalk und Schwefel, oder aus Kaolin, Natr. sulfat. und Kohle, oder aus Kaolin, Soda, Schwefel und Kohle, und ist ein an sich unlösliches Pigment, welches indessen durch Säure oder saure Salze unter Entwicklung von Schwefelwasserstoff zerstört wird. Es handelte sich hier um eine Vergiftung mit H_2S. Dasselbe gelangt aus dem Magen ins Blut, wo es dank dessen Alkaleszenz nicht zur Wirkung kommt, dann auf dem Wege der Blutbahn in die Lungen, wo es frei wird und in Aktion tritt. Dies geschah hier auffallend spät; es sind aber auch andere Fälle von Spätwirkung von H_2S schon bekannt. Grätzer.

Digitized by Google

Knaut (Klaushagen). Zwei Fälle von Strammoniumvergiftung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 51.)

Zwei Kinder hatten Stechapfelkraut und Samen der einheimischen Datura Strammonium in unbekannter Menge vor über 2 Stunden zu sich genommen. Das jüngere Kind sah K. nicht persönlich und ließ ihm nur eine Ipecacuanha-Tartarus stibiat.-Emulsion zukommen, auf die es sich tüchtig erbrach. Das ältere, 5jährige Kind schien größere Mengen genossen zu haben und bot ein sehr schweres Krankheitsbild dar. Absolute Bewußtlosigkeit wechselte alle paar Minuten mit intensiven klonischen Krämpfen ab. Aber auch dieses Kind wurde durch subkutane Injektionen einer 1%igen Apomorphinlösung in gehörigen Dosen, sowie hohe Essigeingießungen gerettet, ja beide Kinder waren tags darauf wieder vollkommen hergestellt. Grätzer.

Weissmann (Glatz). Über „Kornkaffee“.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 1.)

Eine Vergiftungsreihe durch „Kornkaffee“ sah W. in einer Familie. In Schlesien verkaufen Mehl- und Kolonialgeschäfte, auch Drogerien, geröstetes Korn als „Kornkaffee“, der vielfach wegen seiner Billigkeit und zur Vermeidung des „aufregenden“ Bohnenkaffees konsumiert wird. Auch in der betreffenden Familie wurde er seit einiger Zeit viel getrunken. Seitdem klagten die Kinder, manchmal mehrere zugleich, über Kopfweh, Leibschmerz, Durchfall, und sahen schlecht aus. Anfangs September erkrankte das 9 Monate alte, etwas atrophische Kind, nachdem es 2 Tage hindurch statt der üblichen Kufekesuppe Kornkaffee mit Milch erhalten, plötzlich an Fieber, Krämpfen, Durchfall, und starb noch am gleichen Tage. Kurz darauf legte sich der 6jährige Bruder, um zwar mit Kopfschmerz, Fieber, Leibweh, Durchfall, und zwar nach 2—3 Tagen wieder aufzustehen, aber von Zeit zu Zeit immer wieder über Hitze im Kopfe, Schwindel, Stuhldrang zu klagen. Kaum war dieser aufgestanden, so erkrankten unter gleichen Erscheinungen das 11 und 8jährige Mädchen, etwas später ein 4jähriges Kind und endlich auch die Mutter. Eine gemeinsame Schädlichkeit als Ursache dieser akuten und subakuten Magendarmkatarrhe mußte vorliegen, man zog alles in Erwägung und kam endlich auf den „Kornkaffee“. Es stellte sich heraus, daß dieser eine beträchtliche Menge Kornradesamen enthielt. Die Kornrade (Agrostemma Githago) wächst als Unkraut auf Roggenfeldern und wird mit dem Korn zusammen ausgedroschen, aber durch „Radsiebe“ wieder entfernt. Sind diese zu grob, oder bei mangelhafter Reinigung, verbleibt im Getreide der Kornradesamen (etwa hanfkorngroße, mattschwärzliche, ovale, in einen spitzen Schnabel auslaufende, höckerige, unter der Lupe spiralig geriefte Gebilde von harter Konsistenz und bitterlichem Nachgeschmack). Dieser enthält das Alkaloid Agrostemmin, welches entschieden gesundheitsschädliche Wirkungen ausübt und in obigen Fällen ausgeübt hat. Nachdem

Digitized by Google

jetzt seit 6 Wochen kein Kornkaffee in der Familie mehr benutzt wird, sind sämtliche 6 Kinder gesund, ihre Verdauung normal.

Grätzer.

Giovanni Berti. Ein Fall von Saturnismus im Kindesalter.

(Rivista di Clinica Pediatrica No. 5 1903.)

Ein 26 Monate altes, schlecht genährtes Kind wurde wegen eines Kopfgrinds von der Mutter monatelang mit Hebrascher Salbe eingerieben, die vom Arzte verordnet worden war. Als wegen der allmählich eintretenden Allgemeinerscheinungen Verf. das Kind zu Gesicht bekam, fand sich folgendes Bild: Anämia, Torticollis infolge von Athralgia cervicalis, Paralyse der oberen und der unteren Extremitäten, und zwar war sie in diesen stärker, als in jenen. An den gelähmten Gliedern fand sich die schon von Duchenne beschriebene Eigentümlichkeit, daß die elektrische Kontraktilität der Muskeln ganz oder fast aufgehoben war, während gleichzeitig einige dieser Muskeln noch auf energischen Willensimpuls reagierten; besonders zeigten dies Verhalten die Extensoren der Hand. Es bestand ferner Ptosis und Aphonie mit asphyktischen Anfällen; ferner eine Mydriasis der rechten Pupille. Es fehlten die von Burton und Gubler beschriebenen Erscheinungen auf der Mundschleimhaut und vor allem die Koliken. Nach Aussetzen der Hebraschen Salbe trat Heilung ein.

F.

G. Massanek. Ein Fall von Polyneuritis durch CO-Vergiftung verursacht.

(Budapesti orvosi ujság, 7. Mai 1903.)

Der 8 Jahre alte Knabe G. F. wurde am 22. Februar 1903 im St. Johannes-Hospitale mit einer rechtsseitigen Hemiplegie und gestörtem Sensorium vorgestellt. Da sich der Zustand verschlechterte, wurde das Kind am 25. Februar aufgenommen. Große Unruhe, rechtsseitige Hemiplegie, erloschene Reflexe. Als Sedativum wurde Chloral verabreicht. In drei Tagen ist das Sensorium freier, doch ist eine linksseitige Parese und Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme zu konstatieren. Am 12. März Sensorium normal, Gang ataktisch; 16. April geheilt entlassen. Nachträglich wurde in Erfahrung gebracht, daß ein Bruder in Rauch erstickt und der besprochene Knabe noch zur rechten Zeit gerettet worden ist. Die Folge der CO-Vergiftung war die Polyneuritis.

Ernst Deutsch (Budapest).

Katzenstein (München). Ein Fall von Morphiumvergiftung im frühesten Kindesalter.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 44.)

Schwerer Fall, durch die erfolgreiche Therapie und besondere Symptomatologie bemerkenswert.

Digitized by Google

K. wird nachts zu einem bis dahin gesunden 24 Tage alten Kinde wegen eines Krampfanfalles gerufen. Er findet das Kind in einem eklamptischen Anfalle; Atmung sehr erschwert, hochgradige Cyanose, Pupillen klein, Augenreflexe erloschen. K. kannte die Familie, die sehr sorgfältig in der Kinderpflege ist, seit langem, unterdrückt die Vermutung an eine Vergiftung, zumal die Wärterin auch jede Möglichkeit dazu abstreitet. Er behandelt den Fall als bloßen eklamptischen Anfall. Der Zustand verschlimmert sich, der Verdacht an eine Opiumvergiftung tritt klarer hervor, und nun gesteht die Wärterin, ein Morphiumpulver (0,007 g für einen Erwachsenen bestimmt) verabfolgt zu haben, und zwar 10 Uhr abends. Seitdem waren jetzt 3 Stunden verflossen. K. spült daher den Magen nicht mehr aus, sondern gibt Kalomel und Klystiere. Die Krampfanfälle wiederholten sich $^1/_2$—1 stündlich; Pupillen jetzt stecknadelkopfgroß, in den Pausen zwischen den Anfällen Bewußtlosigkeit und überhaupt recht schweres Krankheitsbild. In den Intervallen ist das Aussehen des Pat. beruhigender, erschrecklich aber gestalten sich die Anfälle, welche nach wenigen Momenten in vollständige Asphyxie übergehen. Während anfangs die Anfälle den Eindruck einer infantilen Eklampsie machten, gestalteten sich dieselben später folgendermaßen: Bei dem ruhig liegenden Kinde sieht man zuerst eine allmählich stärker werdende Blaufärbung der Fingernägel und Lippen; gleichzeitig wird die Atmung seltener und noch flacher als vordem; hierauf tritt Tetanus des ganzen Körpers ein und gleichzeitig hört die Atmung gänzlich auf; dabei schlägt das Herz zunächst ruhig und gleichmäßig fort; der Tetanus löst sich nach 15—30 Sekunden, es tritt vollständige Erschlaffung der Muskeln ein, und der Zustand ist genau, wie man ihn bei neugeborenen asphyktischen Kindern sieht. K. behandelt diese Anfälle mit künstlicher Atmung unter besonderer Beachtung der Herzmassage. Denn wenn die Massage des Brustkorbes nicht konstant fortgesetzt wird, so läßt sofort die Herztätigkeit erheblich nach. Während in diesem asphyktischen Zustande alle Hautreize wirkungslos bleiben, ruft Eintauchen in heißes Wasser stets einen Reflex hervor. Pat. macht einen tiefen Atemzug und bewegt die Extremitäten. Die Wirkung war ja bloß eine momentane, immerhin aber war ein erfolgreicher Hautreiz gesetzt, eine gewisse Wärmemenge zugeführt, und die Lungen- und Herzmassage konnte auf dem Tische weiter fortgesetzt werden. Die Dauer dieser Anfälle, während welcher das Kind selbständig nur 3—4 Atemzüge, d. h. je einen Atemzug beim Eintauchen ins Wasser machte, betrug 15—35, aber auch bis 40 Minuten. Es bedurfte also großer Anstrengung und Energie, um durch Herz- und Lungenmassage das Leben zu erhalten. Es wurden im Zeitraum von 14 Stunden wohl im ganzen 6 bis 7 Stunden lang die künstlichen Atembewegungen gemacht. Um auf die Eliminierung des Giftes hinzuwirken, machte K. in Intervallen warme Kochsalzeinläufe in den Darm und eben solche subkutane Einspritzungen (von ersteren 10 à 100 ccm, von letzteren 12 à 10 ccm, im ganzen also $^5/_4$ Liter); vermittels der Einläufe erhielt Pat. auch 4 Löffelchen Kognak und 50 ccm schwarzen Kaffee. Der letzte Anfall erfolgte 17 Stunden nach der Vergiftung, 9 Stunden darauf trank das Kind die erste Flasche Milch, es erfolgte dann Urin und Stuhlentleerung und das Kind erholte sich nunmehr ziemlich rasch.

Von besonderem Interesse sind die Krampfzustände in diesem Krankheitsbilde. Infolge narkotischer Vergiftung treten derartige Krämpfe ein bei niederen Tieren, z. B. den kaltblütigen Fröschen. Beim Menschen sind sie nur dem allerfrühesten Lebensalter eigentümlich, wofür Soltmann folgende Erklärung gibt: Es besitzt das Gehirn des Neugeborenen, schon gegenüber dem des älteren Säuglings auf Grund seiner rückständigen anatomischen Beschaffenheit (Fehlen der strengen Trennung zwischen weißer und grauer Substanz, vielfaches Fehlen der Markscheiden um die Achsenzylinder, mangelhafte Entwickelung der Pyramidenbündel usw.) an und für sich eine erhöhte Reflexdisposition. Der Neugeborene reagiert also auf Opium wie ein niederes Rückenmarkswesen, und so konnte K. die deletäre Wirkung des Morphiums auf die Zellen der Großhirnrinde und der Medulla oblongata hier nebeneinander beobachten. Bei älteren Säug-

Digitized by Google

lingen fällt, wie bei Erwachsenen, die bis zu Krämpfen führende Wirkung des Morphiums infolge der zahlreichen Reflexhemmungsvorrichtungen gewöhnlich fort.

Das Gewicht des Kindes betrug 3500 g, also berechnete sich für das Kilo Körpergewicht 2 mg Morphin. Für einen Erwachsenen von 50 kg Gewicht würde das eine Dosis von 1 dcg Morphin bedeuten, d. i. das dreifache der Maximaleinzeldosis. Bei Kindern ist zudem die Intoleranz gegen Morphin noch eine sehr große! Der selten schwere Verlauf der Vergiftung, infolge deren das Kind einmal 40 Minuten, mehrfach 30 Minuten vollständig ohne eigene Atmung war, und das Herz öfter seine Tätigkeit einzustellen drohte, beweist, daß 2 mg Morphin pro Kilo Körpergewicht das kindlichen Körpers als im allgemeinen letale gelten muß. Der glückliche Ausgang ist wohl vor allem der künstlichen Atmung zuzuschreiben. Die Behandlung mit Atropin oder Kal. permang. steht noch auf zu unsicheren Füßen. Eine Magenspülung 3 Stunden nach der Intoxikation erschien nicht mehr opportun. Um sie zu ersetzen, gab K. als das Kind noch schluckte und später, als es wieder schluckte, Kalomel, das auch reichliche Stühle hervorrief. Die eingebrachten 1 $^1/_4$ Liter Kochsalzlösung sollten das Gift verdünnen und die Ausscheidung beschleunigen, was auch gelang; das Kind hatte nach 26 Stunden die ersten Stuhl- und Harnentleerungen und war da bereits so gut wie frei von allen Intoxikationserscheinungen. Grätzer.

E. Kiwull (Wenden). Bromoformvergiftung bei einem 3jährigen Kinde mit tötlichem Ausgang.

(Centralbl. f. innere Medizin 1902 No. 50.)

Das Kind wurde in bewußtlosem Zustande (ca. 6 km per Achse) in die Stadt gebracht. Die Anamnese ergab folgendes: der 11jährige Bruder hatte Keuchhusten gehabt und mit Erfolg erhalten:

Rp.	Bromoform.	12,0
	Ol. thym. gtt.	30,0
	Ol. amygd. dulc.	20,0
	Gumm. arab.	10,0
	Aq. amygd. amar.	19,0
	Aq. dest.	100,0
	S. 3mal täglich 1 Teelöffel.	

Als er genesen, erkrankte das 3jährige Kind ebenfalls an Pertussis, die Eltern ließen die Arznei wieder anfertigen und gaben unbeschadet mehrere Teelöffel täglich 6 Tage hindurch. Am 7. Tage morgens ganz früh wurde der letzte Rest aus der Flasche gegeben. Wenige Minuten später bekam das Kind Zuckungen und wurde bewußtlos. Status: Blässe des Gesichtes, Lippen leicht cyanotisch, Puls kam fühlbar, Füße kalt, Reflexe aufgehoben, Muskeln völlig erschlafft, Atmung oberflächlich, zuweilen aussetzend, Pupillen eng, weit hörbares tracheales Rasseln, Bromoformgeruch ex ore; von Zeit zu Zeit schwache Anfälle von Pertussis. Ätherinjektionen, künstliche Atmung (1 Stunde). Unter Erscheinungen von Lungenödem Exitus. Sektion erst 16 Tage post mortem, an der exhumierten Leiche. Starke Hyperämie der Piagefäße; bei Schnitten durch die Gehirnsubstanz reichliches Auftreten von Blutpunkten, atso starke Kongestionserscheinungen; außerdem dunkles flüssiges Blut in den großen Gefäßen und im Herzen; Lungen und Leber blutreich; in Trachea und Kehlkopf Schleim, im Munde schaumige Flüssigkeit. Die chemische Analyse des Magen- und Darminhalts fiel negativ aus.

Digitized by Google

Trotz dieses letzteren Moments kann es sich doch wohl nur um Bromoformvergiftung handeln. Das Sektionsergebnis war ziemlich das gleiche, wie es schon nach dieser Intoxikation konstatiert worden ist; auch die klinischen Symptome und Anamnese wiesen direkt darauf hin. Daß das Gift hier so stürmisch wirkte, daran sind wohl, abgesehen von der Stärke der für ein viel älteres Kind bestimmten Arznei, noch andere Umstände schuld. Bei der nach obigem Rezept bereiteten Emulsion bildet sich sehr bald ein Bodensatz, das Bromoform sinkt nach unten. Das Kind erhielt also zunächst gewiß nur sehr wenig Bromoform, zuletzt aber in dem Reste der Flüssigkeit die größte Menge davon, dazu noch früh auf leerem Magen, kein Wunder, daß die Wirkung eine so deletäre war. Grätzer.

W. Jessen. Schwere Bromoformvergiftung bei einem 3jährigen Kinde mit Ausgang in Genesung.

(Aus dem Krankenhause Bethanien in Berlin.)

(Therap. Monatshefte, August 1903.)

Das Kind, das etwa 2 ccm Bromoform getrunken, kam erst 1 1/2 Stunden später in Behandlung, tief schlafend, mit vollständig reaktionslosen Corneae, reaktionslosen und maximal verengerten Pupillen, sehr flacher, rascher, unregelmäßiger Atmung, sehr kleinem Pulse (96). Die Behandlung mußte sich jetzt darauf beschränken, die Atmung zu heben. Das Kind wurde im Bade über Brust und Rücken immer wieder kalt übergossen, was etwa 4 Stunden fortgesetzt wurde und stets momentan vorzüglich wirkte, indem sich Atmung und Puls hoben. Noch 6 Stunden nach der Vergiftung aber bestand das Bild der tiefen Narkose, nach 9 Stunden schlug Pat. zum ersten Male die Augen auf, schlief aber immer wieder ein, um erst 20 Stunden nach der Vergiftung munter zu werden. Bemerkenswert war außer der Schwere der Vergiftung noch die lange Ausscheidung des Bromoforms durch die Atmungsluft; noch 24 Stunden post intoxikat. war deutlicher Bromoformgeruch nachweisbar.

Grätzer.

P. S. Abraham. Ein Fall von Bromausschlag.

(The Brit. Journ. of Derm., Bd. 44, Dezember 1902.)

Ein Säugling bekam einen charakteristischen Bromausschlag, als die das Kind stillende Mutter gegen ihre epileptischen Anfälle für längere Zeit Brom eingenommen hatte. C. Berliner (Aachen).

R. P. White. Akute, symmetrische, erythematöse Keratodermie nach Arsengebrauch.

(The Brit. Journ. of Derm., Bd. 15, Januar 1903.)

Einem 13jährigen Knaben, der einen heftigen Choreaanfall bekam, wurde am 8. Juni 1901 Liquor arsenicosi Fowleri in steigenden

Digitized by Google

Dosen, beginnend mit 4 Tropfen alle 4 Stunden, verordnet. Am 17. Juni war der Pat. auf 10 Tropfen 4stündlich angelangt, als sich bei ihm belegte Zunge, leichte Konjunktivitis und Rhinitis als erste Anzeichen einer Arsenvergiftung einstellten. Man setzte sofort mit dem Mittel aus. Am Abend bekam das Gesicht ein gedunsenes Aussehen; über allen Phalangeal- und Metacarpalgelenken zeigten sich symmetrisch verteilte, erythematöse, hellrosarote Flecke, ebensolche später an den Hand- und Ellenbogengelenken, an den Trochanteren, Knöcheln und Fußsohlen. Die Haut an den befallenen Stellen war gespannt und stark verdickt. Außerdem bedeckte die ganze Körperoberfläche ein diffuses Scharlacherythem, das nach 2 Tagen wieder völlig verschwunden war, während die erythematösen Flecke persistierten, anfangs im Zentrum, dann auch peripherisch sich in großen weißen Lamellen schälten. Ohne Hinterlassung irgend einer Arsenpigmentation waren alle Erscheinungen definitiv verschwunden. Auch von der Chorea war der Pat. befreit.

C. Berliner (Aachen).

Graham Little. Ein Fall von Sklerodermie in Streifenform.

(The Brith. Journ. of Derm., Bd. 14, Dezember 1902.)

Die Affektion begann bei dem 11jährigen Knaben vor 5 Jahren mit einem dünnen, roten Streifen. In der letzten Zeit ist derselbe abgeblaßt und zeigt eine leichte atrophische Vertiefung. Irgendwelche subjektive Empfindungen verursachte das Leiden nie. Gegenwärtig sieht man etwa $^1/_2$ Zoll von der Stirnhaargrenze entfernt einen ca. $^3/_8$ Zoll breiten, atrophischen Streifen von der Stirn abwärts über die Orbita, das obere Augenlid zur rechten Seite der Nase sich hinziehen. Die Haare der Augenbrauen fehlen an der Stelle, wo der Streifen darüber weggeht. Als eine Fortsetzung der Linie nach oben hin erscheint eine in derselben vertikalen Richtung verlaufende kahle Stelle der Kopfhaut. Die ganze Affektion scheint ziemlich genau der Verteilung des supraorbitalen Zweiges des fünften Nerven zu verlaufen.

C. Berliner (Aachen).

H. Guth u. **R. Rosenfeld** (Karlsbad). Sklerodermie und Myosklerose.

(Prager med. Wochenschrift 1903 No. 31.)

Die Verff. beschreiben einen Fall von Sklerodermie bei einem 8jährigen Mädchen, der durch die Beteiligung des Muskelapparats manches Interessante darbot. So fand sich hochgradige Atrophie der Gesichtsmuskulatur der rechten Seite genau übereinstimmend mit der Ausdehnung der Sklerodermie im Gesicht, auffallende Volumenverminderung des Schultergürtels und erhebliche Schwäche der rechten oberen Extremität, welch letztere in ihrer Ausbreitung ebenfalls ziemlich genau mit der Ausbreitung der Sklerodermie übereinstimmte, endlich hochgradige Atrophie der ganzen linken unteren Extremität, an deren Außenseite nur ein schmaler sklerodermatischer Streifen etabliert war, während die Muskelerkrankung die gesamte Muskulatur in

Digitized by Google

ihrer ganzen Zirkumferenz betraf, vorzüglich allerdings die Wadenmuskulatur, die — obzwar unter normaler Haut gelegen — derb, straff und verkürzt war. Man muß die Muskelerkrankung wohl pathogenetisch in vollkommene Analogie stellen zur gleichzeitigen Erkrankung der Haut. Beide sind am besten zu erklären durch die Annahme von Störungen in vasomotorischen Zentren verschiedener Höhe, unter deren Einfluß es zur Gefäßerkrankung und gleichartigen Nutritionsstörung in Haut und Muskeln kommt. Meist erkranken letztere gerade unter den erkrankten Hautpartien, aber es kommen auch „dissoziierte Myosklerosen" vor, und obiger Fall gehörte zu diesen seltenen Fällen.

Grätzer.

Fr. Volhard. Über chronische Dystrophien und Trophoneurosen der Haut im Anschluß an kasuistische Mitteilungen.

(Aus der med. Poliklinik in Gießen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 26 u. 27.)

Beschreibung von 4 Fällen, welche das Gemeinsame haben, daß scheinbar eine Erkrankung der Haut im Vordergrund steht, während es sich um Wachstums- bezw. Stoffwechselstörungen dabei handelt.

1. Ausgedehnte multiple Lymphangiektasien an der Innenseite des Oberschenkels bei einem 14jährigen Jungen, die seit 3 Jahren bestehen. Die leicht pigmentierte Haut des rechten Oberschenkels ist besonders auf der Innenseite gleichmäßig wie durch ein flaches Kissen gehoben. Hautgeschwulst tief eindrückbar, aber nach dem Knie zu nicht mehr diffus, sondern hier treten zahllose zirkumskripte, kleinhöckerige, glasig durchscheinende, weiche Höcker wie Varikositäten unter der Epidermis zu Tage, die sich leicht wegdrücken lassen und mit wässriger Flüssigkeit gefüllt sind. Es handelt sich um ein Lymphangiom, das in seinem oberen Teile kavernös erscheint, in seinem unteren aus Lymphvarizen besteht. Lymphstauung und angeborene Schwäche der Lymphgefäßwandungen scheinen ätiologisch maßgebend zu sein.

2. Fall von Hemiatrophia facialis progressiva mit halbseitig gekreuzter Pigmentation, bei einem 17jährigen Jungen seit einigen Jahren bestehend. Die Gesichtsatrophie sitzt links. Der Rumpf erscheint wappenartig gefeldert: linke Brustseite intensiv braun, rechte weiß, rechte Bauchseite braunschwarz, linke weiß, linker Arm und rechtes Bein braun. Gegen eine Kombination mit Morbus Addisonii spricht schon die eigenartige Anordnung und gekreuzte Halbseitigkeit.

3. Fall von infantilem Myxödem bei 7jährigem Kinde, durch Schilddrüsentabletten geheilt.

4. Fall von diffuser Sklerodermie mit Sklerodaktylie.

Grätzer.

G. W. Wende. Epidermolysis bullosa hereditaria.

(Journ. of cutan. and genit.-urin. dis., Bd. 20, Dezember 1902.)

Ein 7jähriger, erblich weder für Haut- noch für Nervenkrankheiten belasteter Knabe erkrankte 3 Wochen nach der Geburt mit

Digitized by Google

starker Diarrhöe. Gleichzeitig fing die Haut am Anus und am Munde an rot, dann feucht zu werden und löste sich schließlich blasenförmig ab. Mit kurzen Unterbrechungen dauerte das Leiden fort, bis der Knabe 3 Jahre alt war. Da zeigte sich eines Tages an den Innenflächen der Finger Blasen, im weiteren Verlaufe ebensolche an den Handrücken, Handtellern, Fußsohlen. Um die heiße Jahreszeit besserte sich der Zustand, während die kalten Monate eine Verschlimmerung herbeiführten. Das Leiden hatte totalen Haarausfall und gänzliche Zerstörung der Fingernägel zur Folge.

Zurzeit sind von Bläschen, Blasen, Schuppen außer den erwähnten Teil auch Stirn, Wangen, Kniegelenke befallen. Die Behandlung mit Streupulver erweist sich am wohltuendsten. C. Berliner (Aachen).

J. Meneau. De l'Ichthyose foetale dans ses rapports avec l'Ichthyose vulgaire.

(Ann. de Derm. et de Syph., Tome IV, No. 1, Februar 1903.)

Verf. sucht aus den anatomischen und klinischen Merkmalen der fötalen und der vulgären Ichthyosis nachzuweisen, daß die Verschiedenheit dieser beiden Affektionen nur eine scheinbare sei, tatsächlich handle es sich hier um einen einheitlichen Prozeß in verschiedenen Formen. Die meisten in der Literatur beschriebenen Fälle von fötaler Ichthyosis beträfen nur die schweren Mißbildungen, welche den frühen Tod herbeiführen müßten, leichtere Formen mit längerer Lebensdauer seien mit der Ichthyosis vulgaris verwechselt worden. Verf. betont, daß zahlreiche Übergangsformen zwischen der schweren fötalen und der vulgären Ichthyosis beobachtet wurden, und hält daher beide Erkrankungen für verschiedene Grade der gleichen Hyperkeratose. Max Joseph (Berlin).

E. Hagenbach-Burckhardt. Über Pemphigus contagiosus.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. 57, Heft 5.)

Ausgehend von einem 12 Tage alten, mit Pemphigus behafteten Kinde, bildete sich im Baseler Kinderspital eine kleine Pemphigusepidemie von im ganzen sieben Fällen aus. Diese Epidemie zeigte, daß die Inkubation sich wahrscheinlich zwischen 8 und 16 Tagen bewegt. Der Pemphigus neonatorum non syphiliticus kann sich auch auf Handteller und Fußsohlen erstrecken, aber nur da, wo das Exanthem ein sehr verbreitetes ist. Die Lokalisation an diesen Stellen erlaubt also nicht, ohne weiteres die Diagnose auf Syphilis zu stellen. Sowohl Erwachsene als auch Kinder bis zu 15 Monaten wurden von der Krankheit befallen; dagegen keine Kinder über dieses Alter hinaus. Ja die Empfänglichkeit für Pemphigus ist nicht nur bei Neugeborenen, sondern bis über das erste Lebensjahr hinaus eine große. Aus diesem Grund möchte H. den von Escherich vorgeschlagenen Namen „Pemphigus infantum" als den richtigeren gebraucht wissen. Hecker (München).

Digitized by Google

E. Fuhrmann. Ein seltener Fall von Erythema nodosum.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 57, Heft 1.)

Der Fall betrifft ein neugeborenes Kind. Als Ursache wird eine Gefäßneurose, wahrscheinlich toxischer Natur, vermutet.

Hecker (München).

Olimpio Cozzolino. Intorno ell' eritema scarlattiniforme desquamativo recidivante.

Verf. führt zwei Fälle der fraglichen Hauterkrankung an; er hält sie für eine von Infektionskrankheiten, sowie von Arzneiintoxikationen unabhängige Erkrankung sui generis, die sich von dem wirklichen Scharlachexanthem nur dadurch unterscheidet, daß sie, wenn das Gesicht überhaupt befallen ist, keinen Teil desselben verschont läßt, ferner durch ihre lange Dauer und durch das frühzeitige Auftreten und die Reichlichkeit der Abschuppung. Bei dem ersten Anfall kann der erfahrenste Arzt über die Natur der Krankheit im Zweifel sein, bei den folgenden Anfällen ist ein solcher Zweifel kaum mehr möglich. Verf. hält die Erkrankung für eine Toxidermie, hervorgerufen durch im Blute zirkulierende toxische Agentien chemischer und bakterieller Natur; in manchen Fällen ist auch die Annahme einer Autointoxikation gastrointestinalen Ursprungs gerechtfertigt. Die Prognose ist fast immer günstig; doch berichten Hallopeau und Tuffier von Komplikationen (Perikarditis).

Wohl die meisten von den Autoren unter der Bezeichnung „Rezidivierende Skarlatina" beschriebenen Fälle gehören hierher. F.

C. Beck. Lichen simplex chronicus bei einem 9 Jahre alten Knaben.

(Budapesti orvosi ujság mellèklete, 23. Mai, 1903.)

B. beschreibt einen Fall von Lichen spl. chron. sec. Vidal, welches Krankheitsbild auch unter den Namen Lichenifikation primitive circenscrite (Jaquet) und Nevrodermite circenscrite (Brocq) bekannt ist. Verf. beobachtete einen solchen Krankheitsfall bei einem 9 Jahre alten Kinde. Die Hauptsymptome dieses Übels sind die folgenden: das alle objektiven Zeichen vorgehende Jucken, die dicht stehenden flachen Papeln, die zur Lichenifikation der Haut führen, Trockenheit der Haut, allgemeine nervöse Störungen, chronischer Verlauf, Hang zu Rezidiven. Verf. glaubt den Grund dieser Erkrankung in einer pathologischen Veränderung des Nervensystems suchen zu können. Ernst Deutsch (Budapest).

Bramwell. Urticaria ab ingestis.

(The Brit. med. Journ., 22. November 1902.)

Ein 7jähriges Mädchen erkrankte nach reichlichem Rhabarbergenusse mit Schlaflosigkeit, Fieber, Jucken am ganzen Körper. Am

Digitized by Google

nächsten Tage war das Gesicht gerötet und geschwollen, und der Körper von Urticariaquaddeln bedeckt, von denen einige in den darauffolgenden Tagen einen vesikulösen, stellenweise bullösen Charakter annahmen. C. Berliner (Aachen).

Ad. Czerny (Breslau). Über die Beziehungen zwischen Mästung und skrofulösen Hautaffektionen.

(Monatsschrift für Kinderheilkunde, Mai 1903).

An den vielen Kindern mit skrofulösen Hautaffektionen fiel es C. auf, daß sich die schwersten Formen dieser Hautaffektionen gerade bei Kindern mit sehr starkem Panniculus adiposus fanden. Versuche, durch Verhinderung eines starken Fettansatzes das Zustandekommen und den Verlauf solcher Hautaffektionen zu beeinflussen, gelangen, und teilt C. deshalb seine diesbezüglichen Erfahrungen mit.

C. hat drei Typen von skrofulösen Hautleiden kennen gelernt, für welche eine Beziehung zur Entwicklung des Panniculus adiposus zu bestehen scheint. Den sogenannten Milchschorf der Säuglinge, der bei mageren Kindern selten und minimal, bei fetten recht intensiv und hartnäckig ist, dann Prurigo (-Lichen urticatus, Lichen strophulus, Strophulus, Urticaria papulosa, Varicella pruriginosa) und die meist erst bei Kindern nach dem zweiten Lebensjahre vorkommenden Ekzeme, die hauptsächlich in der Ellenbogenbeuge, den Kniekehlen und Genitokruralfalten lokalisiert sind. Der größte Teil der mit diesen Affektionen behafteten Kinder ist fett, entweder offenbar durch die Qualität und Quantität der Nahrung fett geworden oder trotz geringer Nahrungsaufnahme, so daß man in letzterem Falle eine pathologische Disposition zur Fettentwicklung annehmen muß. Man kann sehr oft bei diesen Kindern, welche in den ersten 2 Jahren an Milchschorf und Prurigo zu leiden hatten, diese Affektionen spontan verschwinden sehen, wenn die Kinder abnehmen, rapid verschwinden sehen, wenn sie durch interkurrente Krankheiten, z. B. Magendarmaffektionen, rasch und viel an Körpergewicht verlieren.

Diese Erfahrungen kann man therapeutisch sich zu nutze machen. Man ist imstande, durch Einleitung einer Ernährung, welche weiteren Fettansatz möglichst verhindert, beim wachsenden Organismus eine langsame Abmagerung zu erzielen. Die günstigsten Erfolge sind zu erzielen, wenn mit der Ernährungstherapie begonnen wird, sobald sich die ersten Symptome einer skrofulösen Hautkrankheit zeigen. Bekommen wir die Kinder in Behandlung bereits nach monate- oder jahrelangem Bestande der Hautkrankheiten und ungeeigneter Ernährung, so können wir nur mehr durch eine lange durchgeführte Ernährungstherapie das erreichen, was beim Säugling in kurzer Zeit zu erzielen ist.

In welcher Weise können wir nun beim Säugling die in Rede stehende Disposition herabsetzen? Die Erfahrung lehrt, daß die Ernährung mit Frauenmilch oft ein die Skrofulose der Säuglinge effektiv ungünstig beeinflussender Umstand ist, daß oft die schwersten Formen von Milchschorf und Prurigo gerade bei üppig gedeihenden Brust-

Digitized by Google

kindern vorkommen. Frauenmilch ist tatsächlich die fettreichste Nahrung, diejenige, bei der die Säuglinge die höchsten Grade von Adipositas erreichen können. Da wir den Fettgehalt derselben nicht herabsetzen können, müssen wir die Milchquantitäten in den ersten Lebensmonaten auf das notwendigste Minimum herabsetzen, und wenn dies nicht ausreicht, bereits im zweiten Quartal des ersten Jahres zum Allaitement mixte oder sogar zur künstlichen Ernährung übergehen. Das Einschränken der Nahrung soll sofort eingeleitet werden, sobald sich die ersten Zeichen der Hautleiden zeigen, und wird erreicht durch Herabsetzung der Zahl der Mahlzeiten auf fünf oder vier in 24 Stunden und, falls das Kind sehr lange trinkt, auch durch Verkürzung der Trinkzeit. Oft erweist es sich als nützlich, schon im zweiten Vierteljahr Allaitemenf mixte derart einzuleiten, daß das Kind täglich 1 mal statt Frauenmilch Fleischbrühe mit Schleim oder Gries erhält.

Die Einschränkung der Milch ist auch beim älteren Kinde eine der wichtigsten Forderungen bei der Ernährungstherapie der Skrofulose. Auch Eier unterstützen sehr den Fettansatz, auch sie sind daher, will man skrofulöse Hautaffektionen zum Verschwinden bringen, zu vermeiden. Bei solchen Kindern muß man den Übergang zur gemischten Kost schon im Alter von 1 1/2 Jahren oder bei sonst kräftigen Kindern noch früher einleiten. C. verordnet da folgendes: zum ersten Frühstück Milch, verdünnt mit Kaffee oder Tee, dazu Gebäck, soviel das Kind will, aber ohne Butter; zum zweiten Frühstück rohes Obst (ohne Zucker); mittags eine konsistente Suppe mit besonderer Bevorzugung der Leguminosensuppen (Erbsen, Linsen, Bohnen, puréeartig gekocht), fein zerteiltes Fleisch und frisches Gemüse (Spinat, Mohrrüben, Kohlrabi, Blumenkohl, Kopfsalat, Schnittbohnen), kein Kompott, keine süßen Speisen; zum Vesper Milch mit Kaffee oder Tee und etwas Gebäck; abends fein zerteiltes Fleisch mit Brot und Butter (sehr wenig) oder dafür Kartoffeln oder Reis. Durst ist mit Wasser zu stillen.

Grätzer.

Pietro Benassi. Psoriasis infantum.

(Giorn. ital. d. malat. ven. e d. pelle, Vol. XLIV 1903 Fasc. 1.)

Nach vielfachen aus der Literatur berichteten Fällen, sowie auf Grund von 14 eigenen Beobachtungen von Psoriasis bei Kindern in den ersten fünf Lebensjahren kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Die Psoriasis tritt bei jungen Kindern sehr selten auf, da die Haut des Kindes weder in ihrer anatomischen und physiologischen Eigenart für diese Erkrankung disponiert, noch so vielen äußeren Reizen ausgesetzt ist wie die Haut der Erwachsenen. Häufig ist die Psoriasis eine Folgeerscheinung vorhergehender entzündlicher Dermatosen, doch können auch schlechte Hygiene und ungeeignete Kleidung auslösend für die Erkrankung wirken. Meist findet sich im frühen Kindesalter die feuchte Form, aber in geringerer Heftigkeit und Ausdehnung wie in späterem Alter. Auch eine hereditäre Prädisposition könne gerade bei Säuglingen in Betracht kommen.

Max Joseph (Berlin).

Digitized by Google

Dreuw. Zur Behandlung der Psoriasis.

(Mon. f. prakt. Dermat., 1. Mai 1903.)

Als schnell heilende Salbe erprobte Verf. folgende: Acid. salicyl. 10,0 Chrysarobin, Ol. rusci nov. ana 20,0 Sapon virid., Vaselin. ana 25,0. Diese Zusammensetzung erwies sich besonders zweckmäßig sowohl bei vereinzelten, stark verdickten Psoriasisherden, als zur Beseitigung der letzten schon lange bestehenden Spuren der Krankheit. Reiz oder Schmerzhaftigkeit lindere man durch Zinkleim oder Zinkschwefelpaste.

Max Joseph (Berlin).

Moritz Cohn. Einige Bemerkungen zur Behandlung der Furunculosis.

(Mon. f. prakt. Dermat., Bd. 36, Heft 4, 15. Februar 1903.)

Verf. erzielte bei sich selbst anläßlich einer Furunculosis, welche jeder anderen Behandlung trotzte, guten Erfolg mit Ichthyolbädern und 10%iger Ichthargansalbe. Besonders wirkte die Ichthargansalbe vorbeugend an Stellen, wo ein neuer Furunkel zu entstehen schien. Auch eine Kur Nenndorfer Schwefelbäder erwies sich nur unter gleichzeitiger Anwendung von Ichthargansalbe als günstig. Verf. rät bei Furunculosis von allen innerlichen Mitteln, ausgenommen etwa die Nenndorfer Schwefelquelle, abzusehen. Man wende hingegen die Ichthargansalbe an, sobald Rötung, Schwellung, Jucken oder Schmerz einen neuen Furunkel ankündigen, und zwar reibe man zur Vermeidung von Nachschüben zuerst die umgebende Haut, zuletzt den Furunkel selbst ein. Verf. gebrauchte folgende Salbe: Ichthargan 10,0 (bei sehr empfindlicher Haut 5,0), Aq. dest. 5,0, Glyzerin 10,0, Lanolin 35,0, Vaselin fl. 40,0. Wo zu große Reizempfindlichkeit die Ichtharganbehandlung ausschließt, sei der Platinbrenner am Platze. Zur Nachbehandlung eignet sich Ichthyolpaste, welche auch die durch andere Mittel erzeugten Ekzeme leicht beseitigt. Verf. will chirurgische Eingriffe nur da zugeben, wo bereits Karbunkel bestehen. In den ersten Stadien empfehlen sich tägliche Bäder mit Ichthyol oder Schwefel, wo diese zu kostspielig sind, Kreolinbäder.

Max Joseph (Berlin).

Werther. Über eine Epidemie von Trichophytie des Kopfes bei Schulkindern.

(Mon. f. prakt. Dermat., Bd. 36, No. 3, Februar 1903.)

Nach einem Überblick der Ätiologie und klinischen Merkmale der Dermatomykosen schildert Verf. eine in einem Internat ausgebrochene Trichophytieepidemie, welche von 30 Kindern 17 ergriff, und zwar 14 Knaben und 3 Mädchen im Alter von 6—10 Jahren. Wahrscheinlich hatte der zuerst erkrankte Knabe die Trichophytie bei einem Ferienaufenthalt auf einem Bauerngute von Tieren akquiriert und den anderen Kindern mitgebracht. Verf. berichtet im Anschluß

Digitized by Google

hieran einen andern Fall, wo ein Wärter der tierärztlichen Hochschule von trichophytiekrankem Rindvieh eine schwere Trichophytie des Bartes erwarb, und seine beiden Kinder bald darauf an schuppenden Scheiben und runden geröteten Herden am Kopfe und im Gesichte erkrankten. Obgleich bei der geschilderten Kinderepidemie der gleiche Ansteckungsherd nachweisbar war, auch einheitlich bei der Kultur der gleiche Trichophyton gefunden wurde, waren die klinischen Formen doch verschieden. Zuerst erschienen leicht gerötete Flecke, seröse Krusten, später graue Färbung, Schuppung, vereinzelte eitrige Follikel. Der behaarte Kopf war am häufigsten ergriffen, ein Pat. zeigte dort bis zehn runde erbsen- bis talergroße Herde. Die Haare fielen aus oder brachen kurz ab und konnten so eine Alopecia areata vortäuschen. Die Therapie bestand in Jodtinktur, Chrysarobinsalbenstift, Nachbehandlung mit Schwefel- oder Salizylsalbe, Erweichung oder Öffnung der Abszesse. Nach 8 Wochen etwa waren in den nachwachsenden Haaren keine Pilze mehr zu finden. Verf. legte nach dem Plautschen „Anreicherungsverfahren" ein Haar oder eine Schuppe von Trichophytiekranken zwischen Objektträger und Deckglas und konservierte dies in einer Petrischale mit angefeuchtetem Fließpapier. Die Pilze wuchsen bei Zimmertemperatur saprophytisch weiter. Die verschiedenen Wachstumsstadien sind ausführlich beschrieben und durch Photographien veranschaulicht. Impfung dieser Kulturen auf Meerschweinchen erzeugte Schwellung, Rötung, Schuppung und Haarausfall, beim Menschen Ekzem an der Impfstelle (Arm), Schuppung, entzündliche Infiltrate, Krusten. Schuppen und Haare der geimpften Tiere und Menschen wiesen unter dem Mikroskop den gleichen, bei der Kinderepidemie gefundenen Trichophyton auf, so daß dieser Pilz als Krankheitserreger festgestellt ist. Max Joseph (Berlin).

Whitfield. Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris.

(The Brit. Journ. of Derm., Bd. 14, Dezember 1902, S. 470.)

Der 4 Jahre 3 Monate alte Knabe bekam im September 1902 Husten und wurde im Kinderhospital mit Lebertran, Malz und Eisen behandelt. 4 Tage nach der Aufnahme des Kindes bekam dasselbe auf der Brust eine Anzahl roter Flecke, die sich rasch über das Gesicht, den Stamm und Extremitäten verbreiteten. Bei der ersten Besichtigung durch den Verf. zeigte der Knabe folgenden Status: Kopfhaut und Gesicht diffus gerötet und schuppend; die Gesichtshaut dünn, rissig, gespannt, wodurch Ektropion entstand. Der Hals war bedeckt mit hirsekorngroßen, hellroten Papeln, welche von kleinen Silberschüppchen umgeben waren. Ähnliche Papeln zeigten auch die anderen Körperstellen. Handteller und Fußsohlen wiesen diffuse Abschuppung auf. Die Nägel, die Schleimhäute waren frei. Die Streckseiten der Knie- und Ellenbogengelenke waren bedeckt mit Papeln und dicken Schuppen. Für die Pityriasis rubra pilaris fehlt allerdings ein wesentliches Symptom, nämlich die follikulären Hornpfröpfe im Zentrum der Papeln. C. Berliner (Aachen).

Digitized by Google

Ferencz v. Torday. Xanthoma tuberosum.

(Orvosi hetilap. Gyermekgyogyascat 1903 III. 1.)

Verf. beobachtete bei einem einjährigen Kinde das Auftreten von gelben Flecken und Knötchen, die sich seit 7 Monaten entwickelten. Diese kleinen Tumoren bestehen aus Endothelien und den Langerhansschen Zellen ähnelnden Gebilden, deren Protoplasma mit Fetttropfen und Pigmenthaufen erfüllt sind. Interessant ist, das sich dieser Zustand nach Überstehen einer kruppösen Pneumonie gebessert hat. E. Deutsch (Budapest).

Michael Cohn (Berlin). Zur Frage der inneren Erkrankungen und plötzlichen Todesfälle im Anschluß an die Heilung eines Säuglingsekzems.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1902.)

C. sah bei einem 1 1/4 jährigen Kinde, das mit einem chronischen Ekzem des Kopfes und Drüsenschwellung behaftet war, nachdem er dagegen eine erfolgreiche Behandlung mit Zinköl eingeleitet, 3 Tage später Zeichen einer leichten Nephritis (Ödeme, Albuminurie, Zylindrurie) eintreten, die innerhalb der nächsten Woche wieder verschwanden, während auch gleichzeitig das Ekzem gänzlich abheilte.

C. glaubt, daß manche Todesfälle, wie sie nach rascher Heilung von Ekzemen bei Kindern vorkamen, auf eine (nicht beachtete!) Nephritis zurückzuführen seien, daß die beobachteten Konvulsionen gewiß urämischer Natur gewesen sind. Das Auftreten der Nephritis ist wohl so zu erklären, daß Staphylokokkentoxine von den Ekzemen aus in die Drüsen gewandert waren, deren Schwellung dadurch zustande kam. Bei Heilung des Ekzems schwinden auch die Drüsen, die dort deponierten Toxine dringen in die Blutbahn und werden von den Nieren wieder aus dem Organismus eliminiert, wobei sie die Nieren in einen entzündlichen Zustand versetzen. Je rascher die Heilung des Ekzems und die Abschwellung der Drüsen, desto rapider die Resorption jener Toxine, desto größere Gefahren drohen den Nieren und dem Gesamtorganismus.

Diese Gefahren dürfen aber nicht davon abhalten, jedes Kinderekzem energisch zu behandeln, denn die genannten Zustände sind relativ selten, viel häufiger die vom Ekzem drohenden Gefahren. Auch C. hat einen Todesfall durch Erysipel und einen an akuter Sepsis zu beklagen; bei beiden Kindern waren dieser letalen Affektionen ausgegangen von einem Ekzem. Grätzer.

C. Hochsinger. Über eine akute kongelative Zellgewebsverhärtung in der Submentalregion bei Kindern.

(Monatsschrift f. Kinderheilkunde, Februar 1903.)

Seit mehreren Jahren beobachtet H. zur Winterszeit Kinder zwischen 4 und 10 Jahren, bei denen zurzeit strenger Fröste, während

Digitized by Google

oder unmittelbar nach längerem Aufenthalte im Freien, eine umschriebene, schmerzhafte Anschwellung der Haut in der Submentalregion entsteht. Diese umschriebene, mediale, daumennagelgroße Partie unterhalb des Kinnes erscheint sukkulent infiltriert, hart, vorgewölbt, blaß, mitunter rosenrot, aber stets heller als die Umgebung. Bei der Palpation ergibt sich eine Verhärtung des subkutanen Zellgewebes, Epidermis und Cutis weisen keine palpablen Veränderungen auf. Die Haut ist in toto von ihrer Unterlage abhebbar. Die Affektion tritt ganz plötzlich auf und schwindet allmählich spontan in 2—3 Wochen. Sie beruht wahrscheinlich auf einer durch die Kälte herbeigeführten Zirkulationsstörung im subkutanen Zellgewebe, welche mit ödematöser Durchtränkung desselben einhergeht. Die Lokalisation ist wohl gegeben durch die eigentümliche Bekleidung der Kinder zur Winterszeit, wodurch die Submentalregion stark hervorgedrängt, oft geradezu abgeschnürt wird; diese durch jene hoch zugeschlossenen, um den Hals sich eng schmiegenden Mäntelkrägen hervorgerufene Stauung bewirkt offenbar in Kombination mit der Kältewirkung, welche diese so vorgedrängten Partien besonders intensiv tangiert, die pathologische Veränderung des Zellgewebes. H. sah letztere auch nach lokaler artifizieller Kälteapplikation sich entwickeln, z. B. nach längerer Benutzung eines Eisbeutels. Besonders gefährdet sind schwächliche, anämische Kinder, was wohl auf besonderer Vulnerabilität, vielleicht auch auf erhöhter Erstarrungsfähigkeit des subkutanen Fettgewebes beruht. Wiederholt waren mehrere Kinder derselben Familie betroffen, nachdem sie der gleichen kongelativen Schädlichkeit (Aufenthalt auf dem Eisplatze!) ausgesetzt gewesen. Grätzer.

P. S. Abraham. Ein Fall von Impetigo im Anschluß an die Vakzination.

(The Brit. Journ. of Derm., Bd. 14, Dezember 1902, S. 471.)

Ein 5 Monate altes Kind leidet, seitdem es vor 2 Monaten geimpft worden ist, an einem Ausschlage, charakterisiert durch erhabene, pustulöse Effloreszenzen, welche im Beginn als Vaccinia generalisata angesehen worden sind. C. Berliner (Aachen).

Alfred Groth. Beiträge zur Kenntnis der Nebenpocken im Verlaufe der Vakzination, sowie der postvakzinalen Exantheme.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 3.)

Verf., Assistent der k. b. Centralimpfanstalt in München, bespricht zuerst die Entstehung der kleinen, zumeist in der unmittelbaren Umgebung des Impffeldes entstehenden Nebenpocken, der sogenannten Vaccinolae, und kommt hierbei im Anschluß an einen von ihm beschriebenen Fall, bei welchem dieselben zu einer eigentümlichen Schorfbildung am Impffelde geführt hatten, zu dem Schluß, daß die Vaccinolae nicht nur oberflächlichen Kontinuitätstrennungen der Haut und von außen erfolgender Infektion — die gewöhnliche Anschauung — herrühren, sondern fast ausschließlich einer Verschleppung von Keimen auf dem

Digitized by Google

Lymphwege ihre Entstehung verdanken. Die zweite Art von Nebenpocken, die generalisierte Vakzine entsteht auf dem Wege der Blutbahn, und Verf. stellt sich bei der Frage, welche Allgemeinexantheme post vaccinationem man unter generalisierter Vakzine zu verstehen hat, auf den Standpunkt, daß dies mehr oder weniger der persönlichen Anschauung überlassen bleiben muß, solange der exakte Nachweis durch Auffindung des spezifischen Virus nicht zu erbringen ist. Dagegen ist es unstatthaft, auch die Fälle mit noch so ausgebreiteter Vakzeineeruption auf der Haut als generalisierte Vakzine zu bezeichnen, wie es häufig geschieht, wenn die Pusteln sich nicht auf dem Wege der Blutbahn gebildet haben. Bei Besprechung der dritten Art, auf welche Nebenpusteln zustande kommen, nämlich durch direkte Übertragung des Impfstoffes, warnt Verf. vor der Impfung ekzematös oder sonstwie an Hautaffektionen erkrankter Kinder, da der hieraus entstehenden Kombination von Vakzine mit Ekzem, die befallenen Impflinge unter septischen Symptomen nicht allzu selten erliegen.

Autorreferat.

Haug. Entwicklung von Impfpusteln an beiden Ohren bei einem Kinde infolge Badens in infiziertem Badewasser.

(Aus der kgl. Univers.-Ohrenklinik zu München.)

(Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 1903 No. 16.)

Das mit Intertrigo hinter den Ohren behaftete 7monatliche Kind wurde in ein Bad gesetzt, das vorher ein Kind mit vollständig entwickelten und zum Teil geplatzten Impfblattern benutzt hatte. Nach der typischen Inkubationszeit entwickelten sich an und hinter den Ohren unter intensiven Entzündungserscheinungen Impfpusteln.

Grätzer.

Norbert Swoboda. Über Vaccinia generalisata.

(Wiener med. Wochenschrift 1903 No. 17—19.)

S. berichtet über einen Fall, wo das mit Ekzem behaftete und trotzdem geimpfte Kind eine schwere Vaccinia generalisata davontrug, welche zum Verlust beider Ohrmuscheln führte; letztere waren besonders schwer affiziert und fielen ab. Auffallend war die rasche, dauernde Heilung des Ekzems nach Ablauf der Erkrankung; das Ekzem hatte vor der Impfung durch viele Monate keine Neigung zur Heilung gezeigt. Der Fall zeigte auch, daß die Angabe Henoch's, daß nach Vaccinia generalisata nie Narben zurückbleiben, unrichtig ist.

Als wichtigste Maßnahmen zur Verhütung der Vaccinia generalisata führt S. an:

1. Ausschluß kranker Kinder von der Impfung;
2. Impfschutzverband;
3. Verimpfung möglichst kleiner Lymphmengen und baldiges Entfernen des Überschusses;
4. Einschränkung der Massenimpfung.

Grätzer.


Digitized by Google

J. F. Palmer. Die Wirkung der Revakzination der schwangeren Mutter auf die Leibesfrucht.

(The Brit. med. Journ., 2. Dezember 1902.)

Zwölf zum ersten Male geimpfte Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft revakziniert worden waren, zeigten an den Impfstellen gar keine oder ungewöhnlich kleine Bläschen. Bei 300 anderen um dieselbe Zeit und mit derselben Lymphe geimpften Kindern traten die Erscheinungen der Impfung in ganz normaler Weise auf.

C. Berliner (Aachen).

W. S. Cooke. A case of Tetanus following Vaccination.

(New York medical Journal, den 10. Januar 1903.)

Ein 4jähriges Mädchen erkrankte vier Wochen nach seiner Impfung (am Bein) in der für Tetanus charakteristischen Weise. Die Krampfanfälle dauerten etwa acht Tage lang und ließen alsdann allmählich nach. Die Behandlung bestand in Serumeinspritzungen und Darreichung von Bromkali und Chloralhydrat in mäßigen Dosen. Eine ältere Schwester der Patientin, welche gleichzeitig mit dieser geimpft worden war, blieb gesund. Ätiologisch ist zu bemerken, daß die erkrankte Schwester bald nach ihrer Impfung aufs Land kam, wo sie sich wahrscheinlich mit bazillenhaltiger Erde infizierte.

Leo Jakobi (New York).

Herrmann (Nauen). Ein schwerer Fall von Tetanus traumaticus.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 10.)

Ein 10jähriger Knabe fiel von einem Baume und trat sich dabei ein Stück Holz in einen Fuß. Nach einigen Tagen entwickelte sich hier eine ausgebreitete Phlegmone, am 7. Tage traten die ersten Erscheinungen des Tetanus hervor. Interessant bei dem Falle waren:

1. Die außerordentlich schweren Symptome: Vom Gesicht und Kopf an war jeder Skelettmuskel starr, Pat. lag steif wie ein Stock da. Alle 4 Extremitäten waren abduziert, jede in einem Winkel von 60° zum Rumpf; die Plantarflexion der Füße zum Unterschenkel war so stark, daß der Metatarsus zum Crus eine gerade Linie bildete. In Narkose hörte die Starrheit auf, mit Ausnahme der verletzten Extremität. Der Leib war bretthart, der Brustkorb total starr, alle Atmungsmuskeln verharrten in absoluter Starre, so daß Atmung nur mit Hilfe des Diaphragma möglich sein konnte.

2. Die Toleranz gegen Narcotica. Pat. erhielt 3mal täglich je 1 g Chloralhydrat per Klysma (im ganzen 70 g), außerdem die ersten Tage pro die auf einmal 0,005 Morphium subkutan und Brom intern. Auch wurde er in den ersten 8 Tagen behufs Verbandwechsels 4mal narkotisiert. Trotzdem war er nach Ablauf des Tetanus vollkommen munter, das Herz funktionierte vorzüglich. Die Furcht vor großen Dosen von Narcoticis bei Kindern in gewissen Fällen ist also jedenfalls übertrieben. Das erfuhr H. kürzlich auch bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde mit Atropin-Kokainvergiftung, das bei sehr

Digitized by Google

schweren Vergiftungserscheinungen zuerst stündlich 0,005 Extr. Opii, dann 0,01 g erhielt, bis nach Ablauf von ca. 15 Stunden 0,15 Opium verbraucht war; das Kind genas ohne weitere Störungen mit Ausnahme einer starken Obstipation.

3. Das Versagen des Tetanusantitoxin, das zudem noch sehr teuer ist (10 Mk. pro injectione von 200 I.). Die beiden gemachten Injektionen hatten weder auf den Verlauf, noch auf die Schwere der Symptome irgend welchen Einfluß. Wenn Pat. später genas, so war dies wohl zum Teil wenigstens der übrigen Therapie zu verdanken, die bei jedem Falle daher außer dem Antitoxin wird ins Treffen geführt werden müssen. Grätzer.

Arth. Holub. Ein Fall von Kopftetanus mit Hypoglossusparese, geheilt nach Duralinfusionen von Behringschem Antitoxin.

(Aus dem k. k. Kaiser Franz Joseph-Spital.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 17.)

Der sehr schwere Fall betraf einen 10jährigen Knaben, der durch Steinwurf an der linken Schläfe verletzt wurde. 3 Tage später zum 1. Male Behinderung am Kauen, 4 Tage später ausgebildetes Krankheitsbild. Erst am achten Tage kam Pat. in ärztliche Behandlung. Der Fall erschien als prognostisch sehr ungünstiger, nicht allein wegen des späten Beginns der Behandlung, sondern auch nach der Häufigkeit, Ausdehnung und Intensität der Krampfanfälle; ferner war Tachycardie vorhanden, es sprachen mit die Beteiligung des Facialis und Hypoglossus. Was letztere anbelangt, so zeigte sich Hypoglossuslähmung auf der Seite der Verletzung, was bisher nur 1mal bei Tetanus beobachtet worden war; 1 Woche nach Aufnahme in die Klinik wurde zuerst die Abweichung der Zunge konstatiert.

Bemerkenswert war die günstige Einwirkung des Antitoxins bei diesem schweren Falle. Es wurden an fünf aufeinanderfolgenden Tagen je 100 A.-E. durch Lumbalinfusion eingeführt, dann noch einige Male 50 A.-E. Die sonstige Therapie war eine gar nicht ins Gewicht fallende.

4, 6 und 10 Wochen nach Aufhören der Anfälle machten sich in drei Attaken eigenartige Erscheinungen bemerkbar: reißende Schmerzen im Kreuz und Bein unter subfebrilen Temperaturen, Bewegungsbehinderung, Druckempfindlichkeit nicht nur auf der Wirbelsäule an den Punktionsstellen, sondern auch am Ischiadicus u. s. w. Man dachte zuerst an Hysterie, dann an latente Tuberkulose, aber es stellte sich heraus, daß es sich um eine traumatische Irritation der Meningen handelte, hervorgerufen durch die Lumbalpunktion.

3 Wochen nach Aufhören der Krampfanfälle zeigte sich auch eine Neigung zur Furunkelbildung. Grätzer.

Digitized by Google

Karl Ullrich. Neun Fälle von Tetanus. Ein Beitrag zur Antitoxinbehandlung dieser Krankheit.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten, Bd. 10 S. 120.)

Die Fälle sind in jeder Hinsicht ungleichwertig. U. scheidet sie in drei Gruppen. Fälle 1—4, bei denen das Serum, den neuen verschärften Behringschen Anforderungen entsprechend, zur Anwendung kam; Fälle 5 u. 6, die diesen Forderungen nicht genügen, jedoch relativ früh (3. u. 4. Tag) iniziert wurden. 3. Fall 7—9 ohne Serum resp. sehr spät damit behandelte Fälle. Die vier ersten Fälle starben. Von den beiden Fällen der II. Gruppe wurde einer geheilt; unter den drei letzten Kranken kam ein Todesfall vor. Die Resultate in Bezug auf die Heilwirkung des Antitoxins sind somit recht schlechte, auch bei frühzeitiger Anwendung des Antitoxins läßt sich aus den bisherigen Beobachtungen eine erhebliche Verbesserung der Mortalität nicht erkennen. Trotzdem empfiehlt U., der Leyden- und Rosenthalschen Begründung folgend, daß das Heilserum, wenn es auch ausgesprochenen Tetanus nicht heilt, doch wenigstens das noch in Zirkulation befindliche Gift zu binden vermöge, auch weiterhin das Heilserum bei Tetanus anzuwenden. Hugo Starck (Heidelberg).

Th. Pfeiffer. Beitrag zur Therapie und Klinik des Tetanus.

Zeitschrift für Heilkunde 1902, Heft 2.)

Die Zahl der mit Tetanus-Antitoxin behandelten Fälle beträgt etwa 330. Am häufigsten wurde das Behringsche und Tizzonische Antitoxin verwendet, die Mortalität ist für beide Präparate etwa dieselbe (B = 51,7 %, T = 46,2 %). Für die Beurteilung der Wirksamkeit des Heilserums ist die Inkubationsdauer, die Raschheit der Entwickelung, die Ausbreitung und Dauer der Krankheit in Betracht zu ziehen. Die Form der Einverleibung war früher die subkutane, dann die intravenöse, die aber auf Behrings Rat wieder verlassen ist, die intrazerebrale (Roux, Borrel) die subdurale und subarachnoideale (Jakob, Blumenthal). P. hält die letztere für aussichtsreich, da das Antitoxin durch die Blut- und Lymphgefäße den Nervenzellen direkt zugeführt wird. Unter acht von P. behandelten Fällen, von denen drei mit Tizzonis, fünf mit Behrings Serum behandelt wurden, kam nur einer (Behrings S.) mit dem Leben davon; bei 14 weiteren Fällen, die nicht mit Serum behandelt wurden, betrug die Mortalität nur 50 %. Hugo Starck (Heidelberg).

Georg Löwenbach und **Alfred Brandweiner.** Die Vakzineerkrankung des weiblichen Genitales.

(Mon. f. prakt. Derm., Bd. 36, 1903.)

Verf. bringt einige Belege für die seltene Erscheinung von Vakzine an den weiblichen Geschlechtsorganen, welche insofern bemerkens-

Digitized by Google

wert sind, als diese Affektion dem ungeübten Auge eine venerische oder andere Dermatose vortäuschen kann. Die erste Patientin war eine 35jährige Frau, welche mit dem gleichen Handtuche den erfolgreich geimpften Arm ihres Kindes und ihre eignen Geschlechtsteile getrocknet hatte. In einem andern Falle entstanden die charakteristischen Pusteln am Genitale einer Frau, die mit dem geimpften Kinde im gleichen Bett schlief. Bei der dritten Pat. trat zu den typischen Pusteln ein Impferysipel. Hier erklärte sich die Infektion der Mutter, welche den geimpften Arm des Kindes reinigte und verband, durch einen juckenden, zum Kratzen reizenden Fluor der Genitalregion. Im vierten Fall hatte der Arzt die Übertragung verschuldet, indem er nacheinander die Impfstelle des Kindes und die an einem Fluor leidende Frau untersuchte, ohne sich dazwischen die Hände zu reinigen. Verf. fügt den eigenen Beobachtungen noch zahlreiche andere Berichte von verschieden lokalisierten Vakzineerkrankungen hinzu. Immer ist der Verlauf der ähnliche: Unter Jucken und Brennen erscheinen Rötung, Schwellung, dann runde, erbsengroße, mit rötlichem Hofe umgebene Blasen, deren erst heller Inhalt eitrig wird. Im Zentrum bildet sich eine Delle. Ist die Hautstelle wie am Genitale einer Reibung ausgesetzt, so entsteht durch vorzeitiges Brechen der Blase ein Impfgeschwür. Bei dem oberflächlichen Infektionsmodus erfolgt keine Narbenbildung. Therapeutisch sind nur Reinlichkeitsvorschriften und Antiseptica nötig. Zur Prophylaxe mache man Mütter und Pflegerinnen auf die Ansteckungsgefahr durch Impflinge aufmerksam.

Max Joseph (Berlin).

Richard F. Woods. Gonorrhoeal Vulvovaginitis in Children.

(American Journal of the Medical Sciences. Februar 1903.)

Aus seinem Studium der Literatur schließt W. auf den gonorrhoischen Charakter der allermeisten Fälle von Vulvovaginitis im Kindesalter. Man wird stets sicher gehen, wenn man jeden zweifelhaften Fall als gonorrhoisch betrachtet.

Zahlreiche Gefahren drohen dem erkrankten Kinde. Am häufigsten kommt es zur Ophthalmie. Akute Peritonitis kann auftreten. Oder, falls die Infektion nicht so weit vorgeht, werden Uterus und Adnexa befallen. Vielleicht lassen sich einige unerklärte Genitalaffektionen bei Virgines auf diese im Säuglingsalter überstandene Gonorrhöe zurückführen.

Die Behandlung besteht in Reinlichkeit und sonstig geregelter Hygiene; daneben werden Lokalspülungen vorgenommen. In Verf. Händen hat sich das Kalium hypermanganicum sehr bewährt. Zweimal täglich spült man die Scheide mit einer Lösung aus, die anfangs stark diluiert sein soll, später jedoch bis zu 1:2000 allmählich steigen darf. Eine gründliche Abseifung der äußeren Genitalien geht der Ausspülung voran. Nach derselben streut man zweckmäßig Borsäurepulver in die Geschlechtsfalten ein und insouffliert dasselbe in die Scheide.

Leo Jakobi (New York).

Digitized by Google

G. Berkenheim. Über die gonorrhoische Vulvovaginitis bei Kindern nach den Erfahrungen im Kinderkrankenhause der Heil. Olga zu Moskau.

(Djetskaja Medizina 1902, No. 3.)

Im Kinderkrankenhause der Heil. Olga zu Moskau wurden in der zehnjährigen Zeitperiode von 1891 bis 1901 an die 400 Fälle von Vulvovaginitis beobachtet. Auf Grund der hierbei gemachten Erfahrungen kommt B. zu folgenden Schlüssen. Die Vulvovaginitis der kleinen Mädchen ist hinsichtlich der Pathogenese vollkommen identisch mit der analogen Erkrankung bei erwachsenen Frauen und in 75 % der Fälle gonorrhoischen Ursprungs. Ihr verhältnismäßig milder Verlauf bei kleinen Mädchen findet seine Erklärung in den anatomischen und physiologischen Eigentümlichkeiten des kindlichen Organismus. Am häufigsten wird die in Rede stehende Krankheit bei Kindern der jüngeren Altersstufen angetroffen und am zahlreichsten in den Wintermonaten beobachtet. Ihre mittlere Dauer beträgt $7^1/_2$ Wochen, wobei sie in einem Drittel der Fälle in die chronische Form übergeht. Die gonorrhoische Vulvovaginitis kommt hauptsächlich bei sonst gesunden Mädchen zur Beobachtung, wobei die allgemeinen sowie die örtlichen Erscheinungen nur schwach ausgeprägt zu sein pflegen. Von den lokalen Symptomen stehen im Vordergrunde: Schmerzen beim Harnlassen, Röte der äußeren Geschlechtsteile, hartnäckiger Eiterausfluß aus der Scheide, mitunter Blutungen und Vaginismus. Die Komplikationen der Affektion sind meistenteils von verhältnismäßig leichter Natur; im Kinderspitale der Heil. Olga wurden vermerkt: Urethritis, Cystitis, Conjunctivitis, Peritonitis und Arthritis gonorrhoica. Die Komplikationen von seiten des Peritoneums manifestieren sich am allerhäufigsten durch Reizerscheinungen — Peritonismus — und beschränken sich auf die Dauer von 1 bis 8 Tagen. Die Arthritis gonorrhoica befällt bei Kindern sehr oft mehrere Gelenke auf einmal und zeichnet sich durch milden Verlauf sowie eine günstige Prognose aus. An erster Stelle steht in der Therapie der gonorrhoischen Vulvovaginitis die Allgemeinbehandlung, vorzüglich die Bettruhe. Von den lokal anzuwendenden Mitteln vermag keines die Krankheit merklich abzukürzen.

A. Dworetzky (Moskau).

Hirschl. Über die Behandlung der gonorrhoischen Vulvovaginitis.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1903 No. 13.)

H. hat im Allgem. Krankenhause in Prag mit Protargol namentlich in akuten Fällen ausgezeichnete Resultate erzielt, so daß er Protargol geradezu ein Spezifikum gegen Vulvovaginitis gonorrhoica nennt. Bei Kindern wurde täglich eine Ausspülung (mittels in die Hymenalöffnung eingeführten weiblichen Glaskatheters) mit $^1/_2$ Liter einer $1—2^1/_2$ %igen Protargollösung (frisch und auf kaltem Wege hergestellt und kühl belassen) gemacht. Nach 8—12 Tagen waren

Digitized by Google

alle Erscheinungen verschwunden, worauf noch jeden zweiten Tag mit Chlorzink (1/2 Kaffeelöffel 50%iger Lösung auf 1 Liter lauen Wassers), in den Zwischentagen mit Soda gespült wurde. Das genügte in allen Fällen. Grätzer.

Alois Epstein. Über die Indikationen Franzensbads für das Kindesalter.

(Prager med. Wochenschrift 1903 No. 27 u. 28.)

E. hat Franzensbad als „Kinderbad" schätzen gelernt, da nach seinen Erfahrungen daselbst verschiedene Krankheitszustände bei Kindern auf das günstigste beeinflußt werden. So die verschiedenen Formen von Anämie, zumal solche mit „dyspeptischer Komplikation". Bei Kindern vom 5. Lebensjahre ab ist hier eine Franzensbader Trink- und Badekur warm zu empfehlen. Je älter die Kinder, desto begründeter ist diese Empfehlung, und namentlich bei Mädchen zwischen 8. und 12. Jahre, bei herannahender Pubertätszeit, sollte man, wenn sich Zeichen von Anämie, von nervösen Zuständen einstellen, die auf den Beginn dysmenorrhoischer Zustände hinweisen, sofort an Franzensbad denken, das in solchen Fällen ausgezeichnet wirkt. Auch hysterische und neurasthenische Beschwerden der Kinder bilden eine Indikation von Franzensbad, ebenso Enuresis. Mit Rhachitis oder Skrofulose behaftete Kinder gehören ebenfalls nach Franzensbad. Eine Kur daselbst ist ferner zu empfehlen bei Vulvovaginitis kleiner und junger Mädchen; dies Leiden, das oft recht hartnäckig ist und sich lange Zeit als pathologischer Faktor dokumentieren kann, wird meist in Franzensbad recht günstig beeinflußt.

Grätzer.

Samuel W. Baudler. Some Observations on Vulvovaginitis in Children (with special Reference to the gonorrhoeal form); its Treatment and possible Sequelae.

(Medical Record, den 14. März 1903.)

Eitrige Vulvovaginitis bei Kindern ist in der großen Mehrzahl aller Fälle gonorrhoischen Ursprungs. Hin und wieder verdankt die Affektion ihre Entstehung einem anderen, ebenfalls intrazellulären Kokkus. Beide Formen der Entzündung zeigen eine bedeutende Ähnlichkeit, allein die spezifische scheint intensiver zu verlaufen, während die nichtgonorrhoische weniger Eiter liefert und rascher abheilt.

Man hat behauptet, daß die spezifische Form stets eine reine Vulvitis darstellt, indem die Scheide verschont bleibt. Dies ist durchaus falsch, wie man sich mit Hilfe des Speculum oft genug überzeugen kann: es kommen dabei nämlich die entzündete Vaginalschleimheit sowie der erodierte winzige Cervix zum Vorschein.

Wie bei Erwachsenen, sieht man auch im Kindesalter gelegentlich Condylomata lata auf dem Perineum, um den After etc., zuweilen von Fissuren begleitet.

Digitized by Google

Die gonorrhoische Vulvitis wird am besten mit einer 10prozentigen Silbernitratlösung behandelt. Die entzündete Gegend bis zum Hymen hinauf wird damit eingepinselt. Ein warmes Sitzbad 1 bis 2 Mal täglich ist daneben zu verordnen. In der Zwischenzeit appliziert man eine 2prozentige Protargolsalbe, am besten unmittelbar nach jedem Bade.

Die Scheide spült man zweckmäßig mit einer Borsäurelösung aus, und injiziert alsdann eine 2prozentige Protargollösung mit Hilfe des Speculum. Argentum nitricum kann in späteren Stadien notwendig werden. Bei Mitbeteiligung des Cervix ist absolute Bettruhe unbedingt nötig, und daher führt gewöhnlich die ambulatorische Behandlung zu nichts. Solche Fälle gehören ins Krankenhaus.

Was die Komplikationen anbelangt, so sind sie hier die nämlichen wie beim erwachsenen Weibe. Besonders zu fürchten sind Atresien des Hymen oder der Vagina mit ihren Folgezuständen, wie Hämatokolpos, Hämatosalpinx etc. Dieser Gefahr wird zum Teil durch eine radikale Therapie mittelst Irriagation und namentlich durch die Anwendung des Speculum entgegengearbeitet.

Leo Jakobi (New York).

L. Pincus (Danzig). Zur Prophylaxe der Gynatresie.
(Vortrag in der Sitzung der ost- und westpreußischen Gesellschaft für Gynäkologie am 21. II. 1903.)
(Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. 17, Heft 5.)

Ein erheblicher Prozentsatz der Gynatresien ist nicht angeboren, sondern im extrauterinen Leben erworben. Bei der Prophylaxe handelt es sich natürlich nur um die letzteren; von diesen kommen hauptsächlich die Gynatresien in Betracht, welche durch gonorrhoische Infektionen der Vaginalschleimhaut im Kindesalter entstehen, dann diejenigen, welche durch ähnliche entzündliche Prozesse bei Konstitutionsanomalien oder im Verlauf schwerer Infektionskrankheiten sich bilden. Ein Teil der sogenannten „angeborenen" Gynatresien ist durch die intra oder post partum stattgehabte gonorrhoische Infektion der Vulva und Vagina zu erklären. Nach Verfasser wird dieser Punkt noch zu wenig beachtet. Bei bestehender Gonorrhöe der Mutter sollte deshalb nicht nur der Konjunktivalsack, sondern auch die Vulva des neugeborenen Mädchens credeisiert werden (danach Abspülung mit schwacher Kochsalzlösung oder Brunnenwasser). Da wo bereits Infektion stattgefunden hat, ist wiederholte Kontrolle nötig, um eine Atresie zu verhüten. Von sonstigen Infektionskrankheiten kommen namentlich Typhus, Scharlach, Diphtherie, Variola (Variolois), Pneumonie, Cholera, Dysenterie und Erysipel, zuweilen auch Phthisis und Lues in Frage. Hier ist peinliche Reinhaltung der Vulva nötig. Abgang von Eiter oder Blut aus der Vulva muß sorgfältig beachtet werden. In den Kinderkrankenhäusern sollte die Vagina von solchen Krankheiten genesener Kinder vor der Entlassung mit einer 0,5—1 cm dicken Kupfersonde untersucht werden.

Digitized by Google

Ist es zur Gynatresie gekommen, so müssen schwere Folgezustände (wie Hämatosalpinx) verhütet werden; vor allem aber muß verhütet werden, daß die Kinder durch die Schmerzen oder durch die öfters in Form eines Blutsturzes eintretende erste Menstruation erschreckt werden. Verfasser hat schon auf diese Weise entstandene traumatische Neurosen beobachtet. Es sollten deshalb die im Pubertätsalter stehenden Mädchen von den Müttern auf das Erscheinen der Menstruation vorbereitet werden. Bei Amenorrhöe im geschlechtsreifen Alter stehender Mädchen, welche schwere Infektionskrankheiten früher durchgemacht haben, ist lokal zu untersuchen.

Otto Marx (München).

Milton A. Gershel. Subcutaneous Abscesses due to the Gonococcus, in a child two years of age.

(Medical Record, den 7. Februar 1903.)

Bei einem 2jährigen typhuskranken männlichen Kinde entwickelte sich eine akute Urethritis anterior. Im Ausfluß wurden typische Gonokokken nachgewiesen.

Eine Woche später erschien ein kleiner Abszeß in der Analgegend; derselbe wurde aspiriert, und im gewonnenen Eiter fanden sich wieder Gonokokken. Drei Tage hinterher kam ein zweiter ähnlicher Abszeß in der nämlichen Region zum Vorschein, wurde geöffnet, und zeigte in seiner Flüssigkeit wiederum Gonokokken.

Solche Abszesse nach Gonorrhöe sind selten genug. Verf. hat im ganzen 11 Berichte aus der Literatur zusammengetragen.

Leo Jakobi (New York).

H. Lowenburg. Gonorrhoea in Children.

(American Medicine, den 21. Februar 1903.)

Extragenitale Infektion mit dem Neisserschen Gonococcus ist im Kindesalter keineswegs selten. Am häufigsten werden die Konjunktiven und die Mund- sowohl als Analschleimhaut befallen. Spezifische Vulvovaginitis kommt oft in der poliklinischen Praxis zur Beobachtung; dagegen scheint die eigentliche Urethralgonorrhöe bei Knaben weniger bekannt zu sein. Verf. schildert einen Fall bei einem 4jährigen Jungen, der sich allem Anscheine nach mit seinen eigenen beschmutzten Händen infizierte. Die Symptome bestanden in Schmerzen und Ausfluß, zu denen alsbald erschwerte Urinentleerung und Phimose hinzutraten.

Trotz der heftigen entzündlichen Erscheinungen wurde die Circumcision ausgeführt, wonach der Junge reichlich Harn entleerte und sich rasch besserte. Die Schnittwunde heilte in 10 Tagen, während der Ausfluß durch antiseptische Umschläge und innerliche Darreichung von Alkalien und Balsamum Copaivae binnen 2 Monaten aufhörte. Irrigation der Urethra wurde anfänglich versucht, mußte aber wegen der großen Schmerzhaftigkeit und Angst des kleinen Gonorrhoikers aufgegeben werden.

L. erteilt den Ratschlag, jeden Urethralausfluß bei Knaben mikroskopisch zu untersuchen und auf Gonokokken zu fahnden. Im

Digitized by Google

Notfalle nehme man ohne Bedenken die Circumcision vor; im übrigen besteht die Therapie in lokaler Reinlichkeit und Darreichung von antiseptischen oder alkalischen Diureticis. Leo Jakobi (New York).

P. Galvagno. Über Gonokokkenperitonitis der Kinder.

(Arch. di Patologia e Clinica infantile, No. 3—4 1903.)

Verf. gibt in Form einer klinischen Vorlesung eine zusammenfassende Studie über die Peritonitis bei kleinen Mädchen, die infolge gonorrhoischer Infektion der Geschlechtsteile entsteht. Seiner Ansicht nach sind solche Fälle bei weitem häufiger, als man gewöhnlich glaubt; er nimmt unter anderen eine aszitische Form dieser Peritonitis an und glaubt, daß manche Fälle von sogenannten „essentiellem Ascites“ bei Kindern auf Gonokokkenperitonitis zurückzuführen sind. F.

F. Griffith. Gonorrhoische Ophthalmie.

(Journ. of cut. and genit. urin. dis., Bd. 20, Dezember 1902.)

Ein 8jähriger Knabe fand einen Damenhandschuh auf der Straße, zog sich denselben an und spielte damit den ganzen Vormittag, wobei er sich hin und wieder mit der behandschuhten Hand das Gesicht abrieb und ins Auge fuhr. Am nächsten Tage schwoll die Gegend des linken Auges an. Erst nachdem verschiedene Hausmittel ohne Erfolg angewendet worden waren, wurde der Patient, leider zu spät, ins Hospital gebracht. Die Cornea war durch Eiterung bereits zerstört.

Die Behandlung erstreckte sich nach Erblindung des einen Auges auf die Erhaltung des anderen. C. Berliner (Aachen).

C. W. Bischoff. Zur Frage des Argentumkatarrhs bei Neugeborenen.

(Aus der kgl. Univers.-Frauenklinik zu Bonn.)

(Centralblatt f. Gynäk. 1903 No. 10.)

Bericht über 100 Neugeborene, bei denen die Einträufelung mit 2%iger Argent. nitr.-Lösung genau nach den alten Credéschen Vorschriften gemacht wurde. Über die danach eingetretene Reaktion belehrt folgende Tabelle:

Tag	stark	mäßig	gering	minimal	keine
1.	0	20	22	38	20
2.	0	0	6	22	72
3.	0	0	1	10	89
4.	0	0	0	0	100

Digitized by Google

Also in 80% der Fälle wohl Reaktion, aber eine so mäßige und kurzdauernde, daß eine Behandlung unnötig war (B. hält eine solche sogar bei dieser geringen Reaktion eher für schädlich). Bei dieser so harmlosen Reaktion und bei dem überwältigenden Material, durch das die Leistungsfähigkeit der 2%igen Argentum nitr.-Lösung bewiesen ist, hält B. das ursprüngliche Crédesche Verfahren zur Zeit noch für das empfehlenswerteste. Wenn manche stärkere Reaktionen danach sahen, so lag das jedenfalls daran, daß sie sich nicht streng an die Credéschen Vorschriften hielten. Grätzer.

Sidler-Huguenin (Zürich). Beitrag zur Kenntnis der Geburtsverletzungen des Auges.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1903 No. 6 u. 7.)

Verf. bespricht eingehend die Literatur und bringt dann genaue Krankengeschichten von sechs eigenen interessanten Beobachtungen; ein Fall betrifft eine rechtsseitige Facialisparalyse bei normalen Beckenverhältnissen und nach einem durchaus normalen Geburtsverlauf, die übrigen fünf verschieden schwere Verletzungen nach Zangengeburten. Grätzer.

Niels Muus. (Klavikularfrakturen Neugeborener bei Geburt in Schädellage.

(Aus der kgl. Entbindungsanstalt zu Kopenhagen.)

(Centralblatt für Gynäkologie 1903 No. 23.)

Es wurden 1700 Neugeborene untersucht und 22 Klavikularfrakturen (= 1,3%) gefunden, darunter keine doppelseitige. Die Frakturen waren 2mal so häufig bei Multiparen, als bei Primiparen. Sie geschahen 5mal nach Zangenentbindung, 17mal nach spontaner Geburt. Sie saßen immer im mittleren Drittel des Schlüsselbeins und waren gewöhnlich vollständige.

Die Frakturen machten gar keine Erssheinungen; die Kinder bewegten den betreffenden Arm, wurden durch den Bruch nicht belästigt, reagierten selbst auf direkten Druck nicht, zeigten keine Defiguration der Schulter, kein Hämatom an der Frakturstelle. Das einzige Symptom war Krepitation, und auch diese war oft sehr schwierig zu erkennen. Sie heilten sehr typisch: in 1—2 Wochen bildete sich ein fester Kallus. Eine Therapie ist nicht nötig.

Was nun das Zustandekommen dieser Frakturen bei der Geburt in Schädellage betrifft, so neigt M. zu der Annahme, daß die Fraktur schon während der Passage der Schultern durch das Becken entsteht, und daß sie allein durch die Wehentätigkeit verursacht werden kann. Man könnte sich die Sache so vorstellen, daß die Wehen die vordere Schulter gegen die Hinterfläche der Symphyse pressen, und daß dadurch häufig die Fraktur der vorderen Klavicula entsteht; die seltenere Fraktur des hinteren Schlüsselbeins könnte dann durch die Passage am Promontorium vorüber hervorgerufen werden. Auch die häufigen Frakturen bei Zangenentbindung könnten sehr wohl während der Passage durch das Becken entstehen. Grätzer.

Digitized by Google

P. Baumm (Breslau). Behandlung der Schädelimpression bei Neugeborenen.

(Zentralblatt f. Gynäkologie 1903 No. 19.)

B. gibt ein einfaches und ungefährliches Mittel an, das er bisher in 4 Fällen angewendet hat, und zwar mit sehr befriedigenden Erfolgen. Er bohrte einen ganz kleinen, eng gedrehten Korkzieher direkt durch die Kopfschwarte (event. nachdem er einen kleinen Einschnitt gemacht) ganz wenig, nur so weit, daß er eben faßte, in die eingedrückte Partie und suchte diese durch Zug auszugleichen. Dies gelang auch stets leicht, doch starben 2 Kinder, wie die Sektion zeigte, infolge großer intrakranieller Blutungen, die aber mit der Bohrung absolut nicht zusammenhingen. Wenn auch die zwei geheilten Kinder vielleicht auch ohne den Eingriff am Leben geblieben wären, so bleibt doch zu bedenken, daß später noch von derartigen Schädeldeformitäten Gehirnaffektionen ausgehen können, und daß schon der nicht zu unterschätzende Schönheitsfehler an sich dahin führen sollte, jede Schädelimpression durch jenes einfache Mittel zu beseitigen.

Grätzer.

H. Weil. Drei Fälle von Schädelimpressionen bei Neugeborenen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 27.)

Zwei Fälle von Impressionen des Scheitelbeins infolge forzierter manueller Extraktion bei plattem Becken. Im ersten machte die löffelförmige, ca. guldengroße Impression absolut keine Störungen und verschwand wieder. Im zweiten zeigte das asphyktisch geborene Kind eine tiefe, löffelförmige Impression von 5 cm Länge und $1^1/_2$ cm Breite. Nachdem man (erfolgreich) Wiederbelebungsversuche angestellt, fand man bei der Inspektion keine Spur mehr von der Impression, und erst bei Abtastung konnte man eine leicht imprimierte Stelle entdecken; man mußte annehmen, es habe sich um einen Knocheneindruck gehandelt, der wieder aufgeklappt war. Nun starb das Kind $4^1/_2$ Stunden post partum. Bei der Sektion fand man die weichen Schädeldecken an jener Stelle blutig suffundiert, das Os parietale in seiner Mitte in horizontaler Richtung frakturiert; eine zweite kleinere Fraktur fand sich am hinteren unteren Winkel des Scheitelbeins als $1^1/_2$ cm lange, radiäre Fissur. Die inneren Meningen wiesen blutige Suffusionen auf. Weder bei der klinischen Untersuchung, noch bei der äußeren Besichtigung gelegentlich der Autopsie durch Abtastung des Schädeldaches hatten die Frakturen festgestellt werden können. Die Impression hatte sich intra vitam dadurch ausgeglichen, daß die durch die Blutextravasation zwischen Hirnoberfläche und Schädelkapsel einem hohen partiellen Innendrucke ausgesetzte Knochendelle allmählich verschwand. Derartige Blutextravasate kommen selbst bei einfachen Unterschiebungen der Scheitelbeine durch Zerreißung der von der Pia zum Sinus falciformis major hinziehenden Gefäße oder auch durch Ruptur dieses Blutleiters selbst zu stande. Im vorliegenden Falle war die Fraktur die Entstehungsursache der Hämor-

Digitized by Google

rhagie, diese selbst aber angesichts des räumlichen Mißverhältnisses zwischen der relativen Größe des Kindskopfes im Vergleiche zur Verengerung des Beckens unvermeidlich.

Dieses Moment in der Entstehung der Knocheneindrücke besitzt große forensische Bedeutung. Bei der Entscheidung der Frage, ob eine Impression intrauterin, besonders intra partum entstanden, oder die Folge eines Gewaltaktes nach der Geburt sei, muß man auch das Größenverhältnis zwischen dem Kopfe des Kindes und dem Becken der Mutter, sowie etwaige Anomalien während der Schwangerschaft resp. der Geburt berücksichtigen. Meist aber genügt die Konstatierung der Tatsache, daß bei der intrauterin entstandenen Impression jede Spur äußerer Gewalteinwirkung fehlt.

Der dritte Fall betraf eine tiefe Impression im Anschlusse an die Durchleitung des Kopfes einer reifen Frucht durch ein mäßig allgemein verengtes, plattes Becken mittels hoher Zange. Auch hier (wie bei Fall 2) spürte und hörte man bei Überwindung des Widerstandes im Beckeneingange ein eigenartiges Knacken, worauf der Schädel dem Zuge mit einem Male folgte. Er wies eine tiefe Impression am hinteren Anteile des rechten Stirnbeines auf.

Grätzer.

G. Vogel (Aachen). Facialislähmung bei einem Kaiserschnittkinde.

(Kasuistische Mitteilungen aus der Würzburger Universitätsfrauenklinik; Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. 48, Heft 3.)

Mitteilung eines Falles von linksseitiger Facialislähmung bei einem mittels Kaiserschnitt geborenen Kinde. Die Lähmung begann schon nach 12 Stunden sich zu bessern, der Lagophthalmus blieb noch 24 Stunden; dann schwand die Lähmung völlig. Verursacht war die Lähmung durch Druck des osteomalacischen Beckens auf die Austrittstelle des linken Facialis.

Otto Marx (München).

Th. Schilling (Erlangen). Zur Frage der rezidivierenden Okulomotoriuslähmung.

(Aus Prof. Oppenheims Poliklinik für Nervenkranke zu Berlin.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 18.)

Charcot sah bekanntlich das Leiden nur als Form der Migräne an (Migraine ophthalmoplégique). Karplus teilte die bisher bekannt gewordenen Fälle in zwei Gruppen, eine solche, wo ätiologische Beziehungen zur Migäne beständen, und eine andere, in der eine grobanatomische basale Veränderung primärer Natur und unabhängig von den Migräneanfällen, als Krankheitsursache anzusprechen sei.

S. hat nun einen Fall beobachtet, der in keine dieser Gruppen hineinpaßt. Der Pat., ein 15jähriger Lehrling, erkrankte als 8jähriger Knabe an linksseitiger totaler Okulomotoriuslähmung, die seit 7 $^1/_2$ Jahren wiederkehrt, wobei die Zwischenräume bei den einzelnen Anfällen kürzer werden, diese selbst jedoch an Heftigkeit einbüßen.

Digitized by Google

Die Anfälle sind durch heftige Schmerzen in der linken Stirn- und Schläfengegend, Erbrechen und große Hinfälligkeit eingeleitet. Migräneattacken zwischen den Lähmungsanfällen fehlen völlig, in der Familie des Pat. keine Migräne.

Also hier erinnert nichts an einen Zusammenhang mit Mygräne. Es liegt aber die Frage nahe, ob nicht der ersten Lähmung ein entzündlicher intrakranieller Prozeß vorangegangen sei, der sekundär durch Verwachsungen auch die späteren Lähmungen verursacht hätte. Eine derartige Annahme erscheint, abgesehen von der Unsicherheit der anamnestischen Angaben, schon dadurch unbegründet, daß die Mutter des Pat. bestimmt erklärt, die Anfälle hätten sich im 9. und 10. Lebensjahr in gleicher Heftigkeit und Dauer wie im achten eingestellt, und sie hätten sich nicht im geringsten voneinander unterschieden, wären erst im Laufe der Jahre kürzer und milder geworden. Manche Autoren beschuldigen Tumoren. Um einen intrauterin oder einen in den ersten Lebensjahren entstandenen kongenitalen Tumor kann es sich hier, wo die Anfälle erst im achten Lebensjahre auftreten, nicht handeln. Nimmt man aber einen Tumor an, der erst im achten Lebensjahre imstande war, durch Druck auf den Nerven Lähmung zu erzeugen, so wäre kein Grund vorhanden, warum er nicht von da ab viel konstantere Druckwirkung zeigen sollte; es ist ferner nicht erklärlich, daß ein Tumor in so großen zeitlichen Abständen so heftige Druckerscheinungen hervorrufen sollte; schließlich müßte ein solcher im Laufe der Zeit doch stets stürmischere Erscheinungen auslösen, während hier gerade das Gegenteil geschah. Verschiedentlich wurde nun auch einer kongenitalen Schwäche des Nervus oculomotorius oder seines Kernes die Schuld an der Erkrankung gegeben. Daran könnte man hier wohl denken, wo ein Feld markhaltiger Fasern im linken Augenhintergrunde zu konstatieren war, und Pat. stotterte. Welches weitere Moment aber dazu gekommen sein mag, bei einem derartig minderwertigen Nerven die rezidivierenden Lähmungsanfälle zu erzeugen, das ist eine offene Frage. Vielleicht könnte man ein im Körper als Stoffwechselprodukt stets sich bildendes Gift annehmen, das durch Alexine in seiner Wirkung aufgehoben wird, bis einmal der Organismus durch irgendwelche Umstände an der Erzeugung der Alexine gehindert wird; nun könnte das Gift auf einen kongenital schwachen Nerven lähmend wirken. Grätzer.

L. Mandonnet. Paralysie de l'accommodation et du voile du palais, consecutive aux oreillons.

(Annales d'oculistique, Februar 1903.)

Ein 9jähriges Kind wurde zu M. gebracht, mit der Angabe, daß es seit einigen Wochen schlechter sehe. Besonders sei ihm das Lesen fast ganz unmöglich. Die Annahme ergab, daß die Pat. vor 4 Wochen an Mumps erkrankt war und 8 Tage lang mit hohem Fieber zu Bette lag. Während der Rekonvaleszenz entwickelte sich dann die benannte Sehstörung. Das Mädchen klagte damals auch

Digitized by Google

über Doppeltsehen, doch war dieses Symptom nicht von langer Dauer. Außerdem fiel den Eltern die näselnde Sprache auf und es zeigte sich auch, daß das Kind nur schwer schlucken konnte und daß namentlich flüssige Speisen leicht wieder zur Nase herauskamen. Diese Gaumenlähmung war zur Zeit der Augenuntersuchung ebenfalls noch vorhanden. Letztere ergab äußerlich am Auge nichts auffallendes. Eine Erweiterung der Pupillen bestand nicht. Mit dem Augenspiegel wurde rechts eine Hypermetropie von 1,5 D, links von 0,5 D bestimmt. Bei Aufnahme der Sehschärfe stellte sich für die Ferne eine Herabsetzung derselben auf rechts $^1/_3$, links $^2/_3$ der normalen heraus. Mit den der Hypermetropie entsprechenden Konvexgläsern ließ sich dieselbe jedoch auf 1 korrigieren. In der Nähe konnte nur sehr großer Druck gelesen werden. Aber mit Konvexgläsern von 4,5 D las das Kind leicht die feinste Schrift. Die Diagnose Akkommodationslähmung war also zweifellos. Nach Diphtherie ist eine solche ja häufig. Nach Mumps ist sie bisher nur in sehr vereinzelten Fällen beobachtet worden. Wie meist bei Diphtherie so bestand auch hier keine Lähmung des Sphincter pupillae, also keine Mydriasis. Daß anfänglich auch andere Augenmuskeln mit betroffen waren, dafür spricht die Angabe der Doppelbilder. Zur Zeit der Untersuchung waren aber die Augenbewegungen wieder völlig normal. Über den weiteren Verlauf berichtet M. leider nichts.

E. Enslin (Erlangen).

N. D. Staicovici (Bukarest). Zwei Fälle von vollständiger Regeneration der Hornhaut nach vollständiger Zerstörung derselben durch Prozesse konjunktivaler Eiterung.

(Revista de chirurgie, Januar 1903 [rumänisch].)

Es ist bekannt, daß nach tiefen Eiterungsprozessen der Hornhaut, dieselbe nie ihre Durchsichtigkeit wieder erlangt, sondern an Stelle des Ulcus ein weißer, undurchsichtiger Fleck zurückbleibt. So lange aber die membrana Descemeti intakt ist, kann eine vollständige restitutio ad integrum stattfinden und kommt, wenn auch nur in sehr seltenen Fällen zur Beobachtung. So hat S. einen Pat. mit eitriger Ophthalmie und eitriger Ulzeration der ganzen Hornhaut in Behandlung gehabt, bei dem zuerst Vaskularisierung und dann vollständige Aufhellung der ganzen Cornea beobachtet wurde. Einen ähnlichen Fall bot ein 8 tägiges Kind dar, bei dem infolge von blenorrhagischer Ophthalmie eine doppelseitige Infiltration und später eine eitrige Exfoliation der ganzen Hornhautfläche zu beobachten war. Auch hier war nach zwei Monaten vollständige Aufhellung der Hornhaut beiderseits zu verzeichnen, nachdem vorher eine reichliche perikeratische Vaskularisierung aufgetreten war, welche sich bis über die Hornhaut erstreckte. Die vorgenommene Behandlung bestand in reichlichen Waschungen mit Sublimat 1:3000 und in Kauterisationen mit Argentum nitricum 2% und später 3%; außerdem Jodoformsalbe, Atropin und Okklusivverband.

E. Toff (Braila).

Digitized by Google

M. Kos (Przemysl). Erworbenes Ankyloblepharon infolge akuten Trachoms.

(Wiener med. Wochenschrift 1903 No. 34.)

Bei einem sonst gesunden, normal entwickelten und einer augengesunden Familie angehörenden, 10jährigen Mädchen kommt es in dem verhältnismäßig kurzen Zeitraum von 4 Monaten zur Infektion mit Trachom, zur Vernarbung der Bindehaut und zu einer so weit fortgeschrittenen Verwachsung der temporalen Lidrandteile, daß $^2/_5$ der Lidränder derselben anheimfallen. Grätzer.

Edmund Jensen (Däne). Über Xerophthalmie bei Säuglingen.

(Hospitalstidende 1903 No. 29.)

Nach den Erfahrungen des Verf.s ist die Prognose dieses Leidens gar nicht schlecht, wenn es zurzeit diagnostiziert wird. Das wichtigste ätiologische Moment ist Hunger; gewöhnlich handelt es sich um Säuglinge im Alter von 3—9 Monaten, welche zu lange mit Kindermehl oder anderen Surrogaten genährt sind. Die Patogenese ist noch nicht klar; den sogenannten Xerosenbazillus findet man nämlich auch unter normalen Verhältnissen. Eine Unterernährung des Zentralnervensystems findet statt, warum diese insbesondere die Vitalität der vorderen Abschnitte des Auges angreift, weiß man nicht. Die Krankheit beginnt in der Bindehaut, später kann die Hornhaut affiziert werden (Keratomalacia); es handelt sich um eine Nekrose, die das ganze Auge angreifen kann. Die Prognose hängt von der rechtzeitigen Diagnose und Behandlung ab. Die Behandlung besteht darin, dem Säugling reichliche Nahrung zu geben, d. h. man muß augenblicklich Milch, wenn das Kind über 6 Monate ist, ungemischte Milch verabreichen.

Der Verf. veröffentlicht 9 Fälle; zwei, die sehr spät unter Behandlung kamen, starben, die anderen erholten sich bald. Mehrere der Kinder haben 1—$1^1/_2$ auch 2 Liter Milch in 24 Stunden getrunken und vertragen und dabei schnell an Gewicht zugenommen und sich erholt. Gleichzeitig hört die Progression des Augenleidens auf, und Heilung tritt verhältnismäßig schnell auf. Die Lokalbehandlung ist von untergeordneter Rolle. Man muß die Augen zubinden, nachdem man eine indifferente Salbe in den Bindehautsack geschmiert hat. Der Verband wird einmal täglich gewechselt. Die Xerose verschwindet im Verlaufe von ca. 10 Tagen. Die Differentialdiagnose gegenüber Konjunktivitis bietet keine Schwierigkeit dar. Man darf die Augen nicht spülen oder tröpfeln. Erst wenn die Wunden geheilt sind, eventuell mit Bildung eines adhärenten Leukoms, kann man eine Lokalbehandlung nach den gewöhnlichen Regeln einleiten.

Besser als die beste Behandlung ist die Prophylaxis, die in einer rationellen Ernährung besteht. Der rechte Name der Krankheit wäre Ophthalmia ex inanitione. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Digitized by Google

K. Rössler (Przemysl). Über Kollargol.

(Wiener med. Wochenschrift 1903 No. 19.)

R. hat Kollargol in der Augenpraxis als sehr brauchbares Ersatzmittel des Argent. nitr. schätzen gelernt; es hat vor letzterem den Vorzug der rascheren Adstringierung, der vollständigen Gefahrlosigkeit und totalen Schmerzlosigkeit. R. benutzt es außer in wässrigen Lösungen und in Form des Ung. Credé noch als Kollargolstift, dessen Applikation weder Schmerzen noch Reizerscheinungen bedingt:

Rp. Collargol. 3,0
Sacch. lact.
Tragacanth.
Oss. sep. āā 1,0
Mucil. Gumm. Acaciae gtt. III.
Aq. dest., Glycerin. āā q. s. ut f. bacillus.
S. In braunem Glase aufzubewahren!

Bei Trachom und Follikularkatarrh läßt R. 2mal täglich je 1 g Ung. Credé in die Schläfegrube und über dem Arcus superciliaris bis zum Ablauf der Reizerscheinungen verreiben, hierauf einmal täglich die Conjunctiva mit 2—5%iger Kollargollösung bepinseln; bei vollständiger Reizlosigkeit Abreiben der Follikel mit dem Kollargolstift und sofortige Instillation von 5%iger Kollargollösung. Bei einfacher Konjunktivitis genügt 1—2%ige Kollargollösung, um nach 8—10 Tagen Heilung herbeizuführen. Grätzer.

v. Leitner. Colobom der oberen Augenlider.

(Orvosi hetilap 1903 No. 21.)

L. operierte den seit seiner Geburt mit zweiseitigem Colobom behaftetem 7jährigen Knaben. Dieser Fall stützt die Theorie von van Duyse, nach der die pathologische Straffheit des Amnion Entwickelungsstörungen hervorbringen kann. Ernö Deutsch (Budapest).

M. Bondi. Megalophthalmus und Hydrophthalmus in einer Familie.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1903 No. 14.)

Beim Hydrophthalmus handelt es sich bekanntlich um einen glaukomatösen Zustand, so daß Zeichen einer inneren Desorganisation, totale Exkavation und fast immer aufgehobenes Sehvermögen vorhanden ist, während bei Megalophthalmus keine inneren Veränderungen anzutreffen sind und das Sehvermögen ein vollkommen brauchbares ist.

B. fand nun in einer Familie ein Kind mit Hydrophthalmus, die Mutter und das andere Kind mit Megalophthalmus behaftet. Die Möglichkeit eines zufälligen Zusammentreffens dieser zwei klinisch so verschiedenen Bilder war natürlich nicht auszuschließen, immerhin dürfte man wohl eher an einen ätiologischen Zusammenhang denken. Es ist auch dafür schon plädiert, ein Beweis aber noch nicht geliefert worden, so daß die Frage in suspenso bleibt. Grätzer.

Digitized by Google

Edward Stieren. Congenital Absence of both inferior recti muscles.

(American Medicine, den 11. April 1903.)

Ein 6jähriger Knabe wurde auf sein Sehvermögen untersucht und es fand sich völliger Mangel der beiden unteren Recti. Die Bewegungen des Augapfels nach innen, außen und oben sind ungestört, dagegen nach unten kann der Augapfel nicht bewegt werden und der ganze Kopf muß mitgehen. Mit stillstehenden Augen senkt das Kind den Kopf, um nach unten zu blicken. Leo Jakobi (New York).

H. M. Sherman. Congenital Absence of the Clavicles.

(American Medizine, den 11. April 1903.)

Berichte nebst Röntgenbildern von zwei Fällen angeborenen Schlüsselbeinmangels. Die Kinder sind 3 und 7 Jahre alt. Die Abnormitat wurde zufällig bei der Untersuchung entdeckt. Die Schultern sind sehr frei beweglich und lassen sich nach vorn unter das Kinn bis zur Berührung miteinander bringen, um beim Loslassen in ihre ursprüngliche Lage zurückzuschnellen. Die Funktion des Schultergelenkes ist sonst völlig normal. Es ist vielleicht bemerkenswert, daß der Vater des älteren Kindes an beiden Seiten Klavikularbrüche erlitten hatte, die schlecht geheilt waren. Das linke Schlüsselbein hatte er bereits im Alter von 2 Jahren gebrochen.

Aber der interessanteste Befund in beiden Fällen ist die späte Verknöcherung des Schädels. Der 3jährige Knabe zeigt noch weit offene Fontanellen und eine klaffende Frontalnaht, während beim 7jährigen Mädchen die Fontanellen und Nähte zwar geschlossen sind, aber tiefe Furchen die früheren Spalten markieren. Dieser Zustand wurde bereits von P. Marie unter dem Namen „La Dyostose Cleidocranienne" beschrieben. Leo Jakobi (New York).

K. Preleitner. Zwei Fälle von angeborenem partiellen Klavikulardefekt.

(Aus dem St. Anna Kinderspital in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 3.)

Bei einem 12jährigen, wegen Lungenkatarrhs in Behandlung kommenden Knaben ergab die Untersuchung folgendes:

Ein für sein Alter entsprechend großer Knabe mit spärlich entwickeltem Panniculus adiposus, von blasser Hautfarbe und ausgesprochem phthisischen Thoraxbau. Die Schultern hängen nach vorne und unten, und dementsprechend stehen die Schulterblätter engelflügelförmig noch hinten vom Thorax ab.

Die Supraklavikulargruben sind auf Kosten der Infraklavikulargruben bedeutend vergrößert und ihre untere Begrenzung wird nicht wie normalerweise durch einen im medialen Teile nach vorne, im lateralen Teile nach hinten konvexen Bogen gebildet, sondern die untere Grenzlinie verläuft in einer frontalen Ebene und ist ungefähr in ihrer Mitte 2mal rechtwinklig geknickt. Entsprechend der Knickungsstelle sieht man auf jeder Seite je zwei rundliche Prominenzen, welche knapp untereinander liegen.

Digitized by Google

Der palpierende Finger gelangt, vom akromialen Klavikularende beginnend, glatt bis in die Mitte der Klavikula, fühlt hier die untere rundliche Prominenz, muß aber, um die Kontur der Klavikula weiter verfolgen zu können, über eine kleine Stufe hinaufgleiten, deren oberster Teil durch die obere rundliche Prominenz gebildet wird. Von der einen Prominenz zur anderen fühlt man straffe Bandmassen ziehen. Die Palpation ergab also, daß die beiden Clavikulae aus je zwei Teilen bestehen, welche, den zwei Knickungswinkeln entsprechend, durch straffe Bandmassen gewissermaßen pseudarthrotisch untereinander verbunden sind. Dabei sind die Claviculae in ihrem ganzen Verlauf von normaler Dicke, die pseudoarthrotisch miteinander verbundenen Fragmentenden erscheinen sogar etwas kolbig verdickt.

Wie die vorliegende Trennungsbildung schon vermuten ließ, ist auch abnormale Beweglichkeit vorhanden.

Bei passiven Bewegungen gelingt es, das eine Fragmentende um das andere, fixiert gehaltene, herumzuführen. Dabei besteht nicht etwa Krepitation, sondern man fühlt ganz deutlich, daß zwei glatte Flächen einander berühren.

Faßt man die beiden Schultern an und versucht dieselben einander nach vorne zu nähern, so gelingt dies bis zu deren Berührung, ohne daß der Knabe dabei den geringsten Schmerz empfindet.

Hält man die Schultern in dieser Stellung und beobachtet nun das Verhalten der Fragmente, so sieht man, daß dieselben beiderseits je einen nach oben spitzen Winkel einschließen, dessen Scheitel bdeutend über der geraden Verbindungslinie der beiden Gelenksflächen je einer Klavikula liegt, daß also die Annäherung der Schultern dadurch ermöglicht wurde, daß die beiden Fragmente nach oben ausgewichen sind. Bei dieser Stellung stehen die beiden Scapulae so weit nach hinten und außen ab, daß zwischen je einer Skapula und dem Thorax ein tiefe Mulde besteht.

Der vorliegende Fall wurde als pseudarthrotisch ausgeheilte, frühzeitig erworbene Fraktur beider Claviculae gedeutet, obschon die Symmetrie der beiden Trennungslinien einige Bedenken wachrief. Als jedoch nach einigen Tagen die 8jährige Schwester des Pat. an ihren Schlüsselbeinen untersucht werden konnte und es sich ergab, daß dieselbe genau denselben beiderseitigen Defekt aufweist, ja sogar eine noch größere Bewegungsfreiheit besitzt, indem sie die Schultern ohne jede Nachhilfe, bloß durch Kreuzung der Arme zur Berührung bringen kann, da mußte man, da alle Traumen auszuschließen sind, an eine angeborene Mißbildung denken. Auch ein Trauma intra partum kann nicht angenommen werden, da die Geburten leicht verlaufen sind. Es intervenierten bei den Geburten keine Ärzte, sondern Hebammen. Diese geben an, daß beide Geburten in normaler Zeit vor sich gegangen seien. Bei dem Knaben habe es sich um erste Position, erste Lage gehandelt, bei dem Mädchen zwar um Gesichtslage, doch sei die Geburt auch in diesem Falle leicht von statten gegangen. Von einem Trauma wissen weder die beiden in Betracht kommenden Hebammen, noch der Vater etwas anzugeben.

Grätzer.

Afred Groß. Über angeborenen Mangel der Schlüsselbeine.
(Aus der med. Klinik in Kiel.)
(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 27.)

Die Anomalie wurde bei dem 12jährigen Mädchen zufällig entdeckt. Die Schlüsselbeine fehlten im lateralen Teile völlig, während medial sich an das Manubrium sterni beiderseits 2 cm lange, frei endigende Stümpfe ansetzten. Man konnte die losen Oberarmköpfe

Digitized by Google

fast vollkommen einander nähern, so daß sie sich oberhalb des Brustbeinschaftes berührten. Es bestanden nicht die geringsten Bewegungsstörungen, das Kind gebrauchte seine Arme völlig frei und sicher. Der Defekt hat bloß insofern Bedeutung, als er einer ordentlichen Entfaltung des Brustkorbes hinderlich ist, das Schultergelenk Zerrungen ausgesetzt ist und leicht Subluxationen eintreten. Die notwendige Verschiebung der Muskelinsertionen bewirkt keine Funktionsstörung.

Das Mädchen bot deutliche Zeichen gestörter Entwicklung, mangelhaftes Längenwachstum, Störungen der Zahnentwicklung, Anomalien am Gaumen und Schädel. Mit Rücksicht darauf glaubt G. den Schlüsselbeindefekt als wahre Hemmungsbildung auffassen zu müssen.

Grätzer.

Hans Haberer. Ein Fall von Polydaktylie des Fußes.

(Aus der I. chirurg. Univers.-Klinik in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 20.)

17jähriger Junge hat einen Fuß mit 8 Zehen; die überzähligen Endglieder des Fußes finden sich alle an dessen tibialer Seite, sind also überzählige Großzehen. Besonders interessant und selten war hier das Vorkommen einer überzähligen Großzehe mit drei Phalangen, an welche sich ein überzähliger Metatarsus und ein überzähliges Keilbein anschloß.

Grätzer.

M. Kulischer u. **D. Epstein** (Kiew). Zur Kasuistik der kongenitalen Syndaktylie.

(Wiener klin. Rundschau 1903 No. 5.)

Fall, interessant durch die familiären Verhältnisse, sowie durch die recht seltene Beteiligung des Daumens an der Syndaktylie, der mit seinen zwei Nachbarn durch Hautbrücken fast seiner ganzen Ausdehnung nach verschmolzen war. Die Füße boten vollständige Analogie bezüglich der Mißbildung dar, wie die oberen Extremitäten.

Grätzer.

K. Kompe (Friedrichroda). Kasuistische Beiträge zur Lehre von den Mißbildungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 4.)

Es handelt sich um drei Kinder aus einer nachweislich gesunden Familie, bei welcher auch bei den Voreltern nie Mißbildungen bemerkt worden sind. Die zwei zuerst geborenen Kinder der Gatten, 8 und 6 Jahre alt, sind körperlich ganz normal entwickelt. Das dritte, ein Knabe, wurde im Mai 1889 mit einfacher Hasenscharte geboren. 2 Jahre später kam ein Mädchen zur Welt mit einem Wolfsrachen, bei dem das ganze Os intermaxillare und auch das ganze Mittelstück der Lippe fehlte, so daß die Mittellinie eine große und breite Spalte

Digitized by Google

bildete. 1 Jahr später wurde ein Mädchen geboren mit doppelter Hasenscharte und Gaumenspalte (mit vorspringendem Zwischenkiefer) und einem symmetrischen Defekt an beiden Händen und Füßen: es fehlten rechts und links an den Händen der 3. Finger mit samt dem Metakarpus und ebenso an den Füßen die 3. Zehe mit ihrem Metatarsus. Die tiefe Einziehung zwischen 2. und 3. Finger bezw. Zehe schloß aus, daß eine Verwachsung vom 2. und 3. oder 3. und 4. Metakarpus bezw. Metatarsus vorlag und so eine spurlos vollzogene Syndaktylie vortäuschen konnte. Es handelte sich also nicht um das Fehlen eines Strahles bei der Entwicklung der Endglieder der Extremitäten im eigentlichen Sinne, sondern darum, daß die ursprüngliche Anlage zweier Strahlen sich nicht voneinander gegliedert, d. h. differenziert hatte.

Die Ätiologie blieb unklar; warum speziell bei drei aufeinanderfolgenden Kindern die Spaltbildung im Gesicht auftrat, blieb dem Verf. ein Rätsel.

Grätzer.

M. Baudouin. Nouveaux cas de Tératopages ayant vécu: Xiphopages. Un cas d'Hypogastro page viable. Un nouveau Sternopage.

(Gazette Medicale de Paris, N. 41, S. 321.)

Die Arbeit bringt nur eine kurze Zusammenstellung älterer und neuerer Fälle der in der Überschrift genannten Mißbildungen.

Schreiber (Göttingen).

P. E. Nordgren (Schwede). Ein Fall von kongenitaler spastischer Pylorushypertrophie.

(Nordiskt medicinskt Arkiv, 1902, Abt. II, [Innere Medizin] Heft 3, No. 16.)

Verf. beschreibt einen solchen in der siebenten Lebenswoche letal endenden Fall bei einem Mädchen, welches mit Brustmilch genährt wurde. Der Sektionsbefund zeigte Hypertrophie des Pylorus. Verf. gibt eine monographische Darstellung des Leidens und resumiert seine Schlüsse folgendermaßen: 1. Im Säuglingsalter kommt eine auf einer anatomisch nachweisbaren Hypertrophie des Pylorus beruhende Krankheit vor. 2. Diese Hypertrophie ist aller Wahrscheinlichkeit nach angeboren. 3. Die sie begleitende Stenose ist wenigstens in manchen Fällen spastischer Art. In einem Nachtrag referiert Verf. noch einen Fall, in welchem durch die bei der Sektion ausgeführten Versuche nach Pfaundlers Anforderung völlig bewiesen wurde, daß eine wirkliche anatomische Hypertrophie im Pylorus existiert.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Digitized by Google

K. Buday. Über einige seltenere Entwicklungsanomalien.

(Pester medizinisch-chirurgische Presse, 1. II. 1903.)

B. beschreibt einen Fall mit angeborenem Verschluß des Duodenums, der mit Mangel der Herzsepten verbunden war. Der obere Abschnitt des Duodenums bildet einen regelmäßig runden, prallen Schlauch, der mit dem gleichfalls erweiterten Magen durch den Pylorus hindurch breit kommuniziert. Den Scheitel des Schlauches kreuzt vorne der quere Teil des Dickdarms; der obere Teil des Duodenums endigt vollständig blind und die Kontinuität des Darmes ist ganz aufgehoben. In den unteren, gleichfalls blind beginnenden und ganz kollabierten Teil des Duodenums mündet der Choledochus derart, daß er gleichsam die Fortsetzung des ersteren zu sein scheint. Das Herz ist stark erweitert, das Kammerseptum fehlt nahezu vollkommen und das Vorhofseptum zum größten Teil, an der Grenze der Kammer und des Vorhofes ist nur eine venöse Öffnung mit drei Klappensegeln vorhanden. Die Aorta ist von der Arteria pulmonalis vollkommen getrennt.

Verf. meint, daß diese Abnormitäten durch mangelhafte oder abnorme Entwicklungsenergie des Mesenchyms entstehen.

Das Kind — das 1800 g Gewicht und 46 cm Länge hatte — starb unter häufigem Erbrechen am vierten Tage.

E. Deutsch (Budapest).

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Berliner med. Gesellschaft.

Sitzungen vom 11. bis 25. März 1903.

Diskussion über Heubners Vortrag: **Über die Barlowsche Krankheit.** Litten hält B. ebenfalls für etwas anderes als Skorbut. Letzterer kann ebensowenig wie B. allein hervorgerufen werden durch Einförmigkeit der Diät, wenn diese sonst nicht gerade ungeeignet ist; zugegeben sei, daß diese Einförmigkeit unter Umständen ein schwerwiegendes Moment bei diesen Krankheiten ist, nicht um sie hervorzurufen, aber sie zu unterhalten und schwerer zu gestalten. Bei B. kommen bei Kindern, die schon Zähne haben, manchmal ganz erhebliche Zahnfleischerkrankungen vor, die allerdings nie die schwere Fäulnis und schwere Nekrose und tiefgreifende Geschwürsbildung mit dem aashaften Geruch annehmen, der bei Erwachsenen mit Skorbut so häufig ist. G. Klemperer kann nur rein Theoretisches vorbringen; aber zur Zeit damit beschäftigt, den Unterschied der Verdaulichkeit gekochter und ungekochter Milch zu untersuchen, hat er dabei einige Resultate erhalten. die vielleicht auch zur Erklärung der B. wichtig sein könnten. Er fand vor allem, daß die resorbierbare Stickstoffmenge bei der rohen Milch größer ist, als bei der gekochten, während andererseits der resorbierbare Ammoniak, die schädliche Substanz, in der gekochten Milch bedeutend größer ist, als in der rohen. Wenn also ein Kind nur mit gekochter Milch ernährt wird, so muß Eiweiß-Unterernährung eintreten, nicht allgemeine Unterernährung, denn der Kalorienwert kann ausreichend sein, nur am N. fehlt es; außerdem aber müssen sich Giftwirkungen geltend machen, die auf die größeren Mengen resorbierten Ammoniaks zu beziehen wären. H. Neumann hat wie H. in Berlin bis 1900 sehr wenige Fälle von B. gesehen, seitdem gehäuftes Auftreten, für das er

Digitized by Google

die Pasteurisierung einer Milch (aus jener Molkerei) mit häuslicher Erhitzung verantwortlich macht; er hält den Übelstand, daß diese Milch erst pasteurisiert und nachher noch einmal im Hause mehr oder weniger lange gekocht wird, für die Ursache dieser Epidemie. Ferner betont er die Bedeutung der Nierenaffektionen, weil immer wieder Fälle vorkommen, wo entweder bei genauester Untersuchung nur sehr wenig andere Symptome B.scher Krankheit sich finden, oder es sich sogar ganz ausschließlich um eine Hämaturie handelt, bei der auch spärliche Zylinder vorhanden sein können; nur die Kenntnis der Ursache dieser Hämaturie führt zur Heilung. Cassel hat 22 Fälle von B. bisher gesehen. Er sah wiederholt auch die platten und kurzen Knochen befallen. In einem Falle sah er eine große teigige Schwellung über dem Stirnbein, deren Haut blau verfärbt war; an den Rändern der Schwellung fühlte man einen harten, kraterförmigen Knochenrand. Das Kind hatte etwa 8 Tage eklamptische Anfälle, für die keine Ursache gefunden wurde; weder Fieber, noch Rhachitis, noch sonst irgendwelche ätiologische Momente. Mit Darreichung von roher Milch verschwanden die Krämpfe sofort, das Kind genas. Möller hat ja einen ähnlichen Fall beobachtet und fand bei der Autopsie an der Innenfläche der Ossa parietalia und frontalia kollossale Blutextravasate; daß solche Blutungen durch Druck auf das Gehirn Konvulsionen machen können, erscheint begreiflich. Autor sah 3mal Hämaturie und einmal Albuminurie ohne Blut; 2mal war die Hämaturie (nebst Blässe) das einzige Symptom der B. Die Pat. hatten Zähne, aber keine Blutung am Zahnfleisch. Auch in diesen Fällen brachte rohe Milch Heilung. Daß der besser situierte Mittelstand die Mehrzahl der Pat. stellt, beobachtete auch er; namentlich sind es Kinder von Frauen, die besonders gründlich die Ernährung betreiben und in der Sterilisierung die Hauptsache der Ernährung suchen. Hauser sah einige 20 Fälle von B., und zwar nur bei künstlich ernährten Säuglingen und speziell bei solchen, die eine lange gekochte, meist sterilisierte Milch erhalten hatten. Auch er hat gleich Neumann in letzter Zeit Häufung der Erkrankungen bei Kindern beobachtet, die mit pasteurisierter und dann noch gekochter oder sterilisierter Milch ernährt waren. Nicht nur Bolle, die Milchzentrale, sondern auch kleinere Molkereien schicken, was nicht allgemein bekannt ist, nicht rohe, sondern pasteurisierte Milch nach Berlin. Die einfache Einförmigkeit der Nahrung ist wohl schwerlich die Ursache der B., denn einmal ist einförmige Milchnahrung für die ersten 8—10 Monate das Physiologische, sodann sah Autor vielfach, daß es nicht der Beifütterung von Gemüse und Obstsäften bedarf, um B. rasch zu heilen. Es muß also der Koch- und Sterilisierungsprozeß die Milch ungeeignet, schädlich machen, wobei die Ansicht Klemperers, daß Ammoniak hier eine Rolle spielt, daß Giftwirkung statthat, recht plausibel erscheint. Man hat es bei B. nicht mit einer Knochenaffektion zu tun, sondern mit schweren Störungen der ganzen konstitutionellen Beschaffenheit des gesamten Stoffwechsels, vor allem der Blutbildung. Die Kinder sind auffallend anämisch, hinfällig, schwitzen profus, leiden an absoluter Anorexie, sie zeigen bei längerem Kranksein neben Blutungen am Knochensystem und Zahnfleisch auch solche der Nieren, Haut u. s. w., und alle diese schweren Symptome verschwinden binnen längstens 8 Tagen, sobald rohe Milch gereicht wird. Das macht doch entschieden den Eindruck, als ob der Organismus unter der Wirkung eines Giftes stände, nach dessen Aussetzen rasch Blutbildung und Stoffwechsel sich erholen. Entschieden gehört B. als besondere Gruppe den Krankheiten an, die man als „hämorrhagische Diathese" bezeichnet, und hat die größte Ähnlichkeit mit Skorbut. Wenn Heubner manche Erscheinungen des letzteren, z. B. ulceröse Prozesse am Zahnfleisch, nie sah, so liegt das daran, daß er das Leiden früh erkannte; wer chronischere Fälle sieht, erlebt auch für Skorbut typische Erscheinungen. Orth demonstriert einige mikroskopische Präparate. Dieselben zeigen, daß man bei B. sehr verschiedene Bilder finden kann, die teilweise sehr an Rhachitis erinnern, wobei nicht gesagt ist, daß solche vorliegt. Denn Schmorl z. B. hat experimentell gezeigt, daß man ähnliche Veränderungen auch durch Erkrankungen im Mark erzeugen kann. Das Einzige, was in allen Fällen im wesentlichen gleich gefunden wird, ist eine eigentümliche Beschaffenheit des Knochenmarkes. Also ist anzunehmen, daß das Wesentliche der Knochenveränderungen bei der B. eine Veränderung des Knochenmarkes ist. Ritter, der 32 Fälle von B. gesehen, bestätigt die schon gemachten Beobachtungen, aus denen hervorgeht das Anwachsen dieser Fälle in jüngster Zeit, das Betroffenwerden der Säuglinge wohlhabender

Digitized by Google

Eltern u. s. w. Es spricht die B. entschieden als Sterilisationskrankheit an; alle seine Pat, waren mit sterilisierter Milch ernährt worden. Finkelstein verfügt über 13 Fälle der letzten $1^1/_2$ Jahre. Er beschäftigt sich mit der Prophylaxe und fragt: Ist man etwa imstande, prophylaktisch durch eine besonders gestaltete Ernährung die durch das Kochen entfallenden Stoffe zu ersetzen, mit anderen Worten: Gewährt die frühzeitige Darreichung von Gemüse, von Fruchtsäften, von frischem Fleischsaft eine Aussicht, den Ausbruch der Krankheit zu verhüten, trotzdem man die Milch kocht? Das wäre sehr wichtig, denn im allgemeinen ist doch immer ein gewisses Beklemmungsgefühl vorhanden, wenn man im heißen Sommer die Kinder mit roher Milch ernähren soll. Man kann sich da schon von vornherein sagen: Da wir annehmen müssen, daß die Krankheit durch Zerstörung bestimmter Stoffe in der Hitze hervorgerufen wird, so ist der Nutzen gekochter Gemüse zweifelhaft. Es verbleiben nur die paar Löffelchen Frucht- und Fleischsaft, und diese dürften, selbst wenn sie die notwendigen Stoffe wirklich enthalten, nicht hinreichen, um die gewünschte Wirkung auszuüben. Autor hat auch in einem sehr eklatanten Falle dieses Scheitern der prophylaktischen Ernährung erfahren. Ein Kind, dessen älterer Bruder 1 Jahr vorher eine schwere B. durchgemacht, wurde vom ersten Tage an unter dem Gesichtspunkt ernährt: wie vermeiden wir die B. hier? Es erhielt von Anfang an ganz kurz aufgekochte Milch, so bald wie angängig Gemüse und Fruchtsaft, und trotzdem traten im 8. oder 9. Monat die ersten Symptome der B. ein, in Gestalt von Schmerzen und Schwellung in den Unterschenkeln und von beginnender Pseudoparalyse, die bei geeignetem Verhalten schnell verschwanden. Es lehrt dieser Fall auch, daß bei manchen Kindern eine große individuelle Disposition bestehen muß. Autor möchte auch etwas über die Schnelligkeit der Heilung sprechen. Die Fälle, bei denen zunächst nichts weiter besteht, als Schmerzen und Bewegungsstörungen, gehen geradezu frappant innerhalb weniger Tage zurück. Wesentlich langsamer geht es, wenn es bereits zu Blutungen gekommen ist, obgleich auch da innerhalb 8 Tagen deutliche Fortschritte eintreten. Große Hämatome bedürfen natürlich zur Resorption längere Zeit. Sehr verschieden verhält sich die Nierenblutung. Das eine Mal schwindet sie sehr schnell; öfter hat Autor beobachtet, daß zwar anfänglich eine erhebliche Herabminderung der Blutungen stattfindet, daß aber dann Wochen und selbst monatelang in geringer Intensität die Hämaturie fortbesteht. Trotzdem ist die Befürchtung einer chronischen Nephritis nur ausnahmsweise gerechtfertigt. Auch Max Schultze hat in den letzten 2 Jahren eine erhebliche Zunahme der B. beobachtet. 1902 behandelte er 5 typische Fälle, alles Kinder wohlhabender Eltern, zufällig sämtlich mit Milch aus der schon öfters erwähnten Meierei ernährt. Den Müttern war nichts von dem Pasteurisieren bekannt, sie kochten die Milch noch tüchtig oder ließen sie mit Soxhlet 10—20 Minuten im kochenden Wasser. Daß diese doppelt sterilisierte Milch zum Schuldträger an der B. geworden ist, geht aus der Tatsache hervor, daß die 5 Kinder keiner anderen gemeinsamen Schädlichkeit ausgesetzt waren und sofort zu genesen begannen, als eine andere Milch gegeben wurde. Autor behandelt B. so wie Heubner; die hämorrhagische Schwellung in der Mundhöhle bepinselt er mit Zitronensaft; Sanatogen trägt viel dazu bei, die Kinder wieder in die Höhe zu bringen, zumal wenn sie am Anfang wenig Appetit haben. Michael Cohn weist auf die Bedeutung hin, welche gewissen Hyperämien, physiologischen wie pathologischen, insbesondere traumatischen, für die Lokalisation der Schwellungen am Knochen resp. der subperiostalen Blutungen bei der B. zukommt. Am klarsten liegt das bei der Zahnfleischaffektion; die Kinder befinden sich meist in Dentition, die Blutzufuhr zum Kiefer ist eine erhöhte. Bei der 2. Prädilektionsstelle am Skelett, den unteren Extremitäten, denke man daran, daß die Kinder sich meist gerade in jenem Alter befinden, wo sie ihre ersten Steh- und Gehversuche machen, wobei ja stets leichte Traumen vorkommen. Diese haben für ein gesundes Kind keinerlei Folgen, Kindern mit B. werden sie bereits verhängnisvoll. Ein 3. Lieblingssitz für die subperiostalen Blutungen ist die Orbita, wo die Blutung das sehr markante Symptom der B., den Exophthalmus, hervorruft. Hier muß man wohl an den Schreiakt denken bei dieser schmerzhaften Krankheit. Wenn Kinder schreien, so kommt es zur venösen Hyperämie am Schädel, und manchmal prominieren dabei schon normalerweise infolge praller Füllung der Orbitalvenen die Bulbi leicht. Bei einem an dieser hämorrhagischen Diathese leidenden Kinde genügt wahrscheinlich schon gar nicht so heftiges Schreien, um

Digitized by Google

die Gefäße zur Ruptur zu bringen. Das geht auch aus einem Erlebnis hervor: Ein Kind mit B. wird in die Sprechstunde gebracht. Es wird entkleidet und untersucht, wobei das Kind zu schreien beginnt; in diesem Augenblick entsteht ganz plötzlich eine starke Protrusion des rechten Bulbus! Beuthner hatte Gelegenheit, B. bei einem 2jähr. Kinde plötzlich entstehen zu sehen, das aus einer mit Hämophilie belasteten Familie stammte. Brat erkannte bei einem auch mit Phimose behafteten Kinde die ebenfalls bestehende B. nicht und operierte. Es entstand eine erhebliche Blutung, es kam später zu einer derben Infiltration des Präputiums, und das Kind erholte sich trotz der späteren Behandlung der B. nie mehr recht und starb kurze Zeit darauf an Pneumonie. Man sollte daher wohl, wenn möglich, bei Kindern mit B. mit Operationen solange warten, bis die B. geheilt ist. Erich Müller erinnert an seine zusammen mit Cronheim gemachten Stoffwechselversuche über den Einfluß der Ernährung mit roher gegenüber sterilisierter Milch bei Säuglingen. Aus diesen Versuchen scheint eine gewisse Klärung der Frage nach der Entstehung der B. insofern hervorzugehen, als sie einerseits gezeigt haben, daß die Verdaulichkeit und die Assimilation der Eiweißkörper, der Fette, des Phosphors und der Kohlehydrate durch die Sterilisation nicht leidet, daß andererseits aber der Kalk der sterilisierten Milch zwar ebenso gut verdaut, aber schlechter angesetzt wird, als derjenige der rohen Milch. Im Gegensatz zu der vorzüglichen Ausnutzung der übrigen Bestandteile der Milch wurde nur ein erhöhter Kalkgehalt des Kotes bei Ernährung mit sterilisierter Milch gefunden. Wenn aber ein Stoff, der bereits im Körper aufgenommen ist, diesem wieder in erhöhtem Maße entzogen wird — und wir wissen vom Kalk, daß er im Dünndarm aufgenommen und zum größten Teil wieder im Dickdarm ausgeschieden wird, — so ist das ein scharfer Beweis für eine Störung des Stoffwechsels, welche vielleicht ätiologisch für die Entstehung der B. von Wichtigkeit sein kann, um so mehr, als wir die hohe Bedeutung der geringen, im Blute zirkulierenden Kalkmengen für die Arbeit des Herzens und Blutgerinnung kennen. Mit der Störung letzterer hängt vielleicht die bei der B. bekannte Neigung zu Blutungen zusammen. Es ist vielfach in den letzten Jahren zur Verminderung der Tuberkulosenverbreitung unter dem Rindvieh bei der Aufzucht von Kälbern diesen an Stelle der rohen, gekochte Milch gegeben worden. Leider mußte dies aufgegeben werden, da es sich herausstellte, daß die Entwickelung dieser Tiere erheblich Schaden litt, speziell eine große Knochenbrüchigkeit sich einstellte. Senator wundert sich, daß bei einer Krankheit, deren wichtigste Symptome die progressive schwere Anämie und die Neigung zu Blutungen sind, bisher keine Blutuntersuchungen angestellt worden sind. Er veranlaßte zu solchen Ritter, und dessen Präparat erinnerte ihn sofort an den berühmten Ehrlichschen Fall, in dem dieser aus dem Blutbefund eine Aufhebung oder Herabsetzung der Funktion, eine Aplasie des Knochenmarks diagnostizierte, was die Sektion bestätigte. Der Fall betraf ein 21jähr. Mädchen mit schwerer Anämie; das Leiden hatte mit Uterinblutungen begonnen, dann kamen Netzhautblutungen, am Zahnfleisch Blutung und nekrotische Verschorfung hinzu. Also Ähnlichkeit mit B. zweifellos. Im Blut fanden sich außer den gewöhnlichen Zeichen der Anämie Degenerationsformen der Erythrocyten, ferner die multinukleären neutrophilen Leukocyten sehr stark reduziert (bis 14 %), keine eosinophilen Zellen, keine kernhaltigen Blutkörperchen, weder Normo-, noch Megalo-, noch Gigantoblasten, wie man sie sonst bei so schwerer Anämie findet. Das Blutpräparat von B. zeigt einen ganz ähnlichen Befund, nur daß die Veränderungen nicht so weit vorgeschritten sind wie in jenem tödlichen Fall, vor allem ein auffallendes Sinken der multinukleären neutrophilen Zellen. Nimmt man dazu noch Knochenbefunde (Orth), bei denen es sich um eine plastische Beschaffenheit mit herabgesetzter Funktionsfähigkeit handelt, d. h. mit ungenügender Blutkörperchenbildung, nimmt man ferner dazu, daß das hauptsächlichste ätiologische Moment für B. die Ernährung mit übersterilisierter Milch ist, bei deren Ernährung, wie Müller zeigte, die Assimilation des Kalkes schlecht ist, also der Knochenstoffwechsel leidet, nimmt man alles dies zusammen: den Blutbefund, der auf mangelhafte Funktion des Knochenmarks hinweist, die Beschaffenheit des Knochenmarks selbst und den schädlichen Einfluß der Ernährung auf den Knochenstoffwechsel, so liegt wohl der Gedanke nahe, daß ein Zusammenhang zwischen der gestörten Knochenmarksfunktion und B. besteht. Wir wissen zudem, welch wichtige Rolle das Knochenmark für die Blutbildung spielt. Es hat also gewiß der Gedanke, daß es sich

Digitized by Google

bei B. um eine primäre Erkrankung des Knochenmarks handelt, zu der vielleicht rhachitische Kinder besonders disponiert sind, eine gewisse Berechtigung. Jacusiel befürchtet, die hier zu Tage getretenen Äußerungen könnten zu einem „Rohen-Milch-Rummel" führen, der sehr verderblich werden könnte. „Es war hauptsächlich der Zweck meiner Ausführungen, hier gerade den Vortragenden dringend zu ersuchen, unzweideutig festzustellen, daß er selbst der Ansicht ist, daß die Ernährung mit gekochter Milch, wie wir sie jetzt haben, wie die Dinge liegen, die allerbeste für unsere Pfleglinge ist, und daß eine Ernährung mit roher Milch solange nicht Platz greifen kann, wie wir kein Verfahren kennen und besitzen, durch welches wir rohe Milch von der Kuh in die Stadt, von der Stadt ins Haus und vom Haus in die Flasche und in den Körper des Kindes bringen können, ohne daß das liebe, unschuldige Ding von Milch in unserem verderbten Berlin ein mordsschlechtes wird, das die Kinder mordet." Heubner (Schlußwort) betont, daß kein einziger Fall zur Mitteilung gekommen, der ein Kind betraf, das an der Brust gelegen hatte. Er gebe zu, daß, wie die Dinge jetzt liegen, wir besser tun, im allgemeinen erhitzte Milch zu geben, als rohe. Wenn er aber eine Milch, wie sie einzelne Molkereien wirklich liefern, für jeden Säugling haben könnte, so würde er unbedingt die rohe Milch vorziehen. Hervorzuheben ist die Tatsache, die auch Finkelstein bestätigte, daß bei anhaltendem Genuß nicht nur stark erhitzter Milch, sondern der Milch, wie sie im Haushalt aufgekocht wird, B. entstehen kann. Dies beweist, daß die Erklärung, abnorm starke und lange Erhitzung rufe B. hervor, nicht stichhaltig sein kann. Zugegeben sei, daß das lange Kochen vielleicht die Schädlichkeiten in gesteigertem Maße bewirkt, die B. hervorruft, aber der zureichende Grund für den Nachteil gekochter Milch ist das Kochen an sich. Heubner hat von einem Kollegen gehört, daß derselbe mittels pasteurisierter Milch fast ebenso rasche Heilung der B. erzielt habe, als er mit roher. Auch Heubner ist ja anfangs nur zögernd an die Verabreichung ungekochter Milch herangegangen, aber er ist nun durch lange Erfahrung überzeugt, daß man sie ruhig benutzen kann, wenn sie in jeder Beziehung rein ist. Wer sich davor fürchtet, der mag bei der Behandlung der B. ruhig gut pasteurisierte Milch benutzen.

Naturhistorisch-Medizinischer Verein Heidelberg.

(Medizinische Sektion.)

(Münchner med. Wochenschrift No. 20, 21 u. 31.)

Sitzung vom 3. Februar 1903.

L. Tobler demonstriert einen Patienten mit **disseminierter Tuberkulose der Haut im Anschluß an Scharlach.**

Der 5 Jahre alte Junge stammt aus tuberkulös belasteter Familie; er war früher gesund, erkrankte im April 1902 an Skarlatina. Im Anschluß daran stellten sich eitriger Ausfluß aus den Ohren und rote Flecke an der Haut ein, aus denen sich die jetzt bestehende Hautaffektion entwickelte.

Patient ist zart, schwach, in dürftigem Ernährungszustand; es besteht Fieber und mäßige Dyspnöe. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt eine floride Phthise des rechten Oberlappens, eitrigen Ausfluß aus beiden Ohren, Eiter und Tuberkelbazillen im Urin.

Auf der Haut der Extremitäten und vereinzelt an anderen Stellen findet sich das seit 4—5 Monaten unverändert bestehende Exanthem in ungefähr 90 einzelnen, rundlichen, verschieden großen Herden. Auf blaurotem, schmalem Hof erhebt sich eine schmutzig grau-braune, zerklüftete Hornmasse; unter derselben ist die Haut torpide gerötet, uneben, trocken. Keine makroskopisch sichtbaren Knötchen.

Die mikroskopische Untersuchung eines exzidierten Stückes zeigt gewaltige, papilläre Hyperkeratose, unregelmäßige Verdickung und Wucherung des Epithellagers, Vergrößerung der Papillen. Das Stratum papillare und subpapillare ist von einer dichten, herdweisen oder konfluierenden zelligen Infiltration eingenommen, die nach Art eines Riesenzellentuberkels zusammengesetzt ist.

Digitized by Google

Das Krankheitsbild entspricht anatomisch am meisten der Riehl-Paltaufschen Tuberculosis verrucosa cutis. Klinisch reiht es sich einer Anzahl von Fällen von disseminierter Hauttuberkulose bei Kindern an, die von Doutrelepont, Du Castel, Hall u. a. beschrieben worden sind und bei denen die Dermatose akut während der Rekonvaleszenz von Masern oder Scharlach auftrat.

(Sitzung vom 10. Februar 1903.)

Herr v. Hippel demonstriert als Nebenbefund bei einem Augenkranken ein ausgedehntes **kavernöses Angiom am rechten Unterarm.** Hierzu zeigt Herr Engelken das Röntgenbild.

Diskussion: Herren Jordan, Gierke.

E. Schwalbe: **Demonstration angeborener Darmstenosen und retroperitonealer Hernien.**

1. 3 Tages altes weibliches Kind. Niemals wurde Mekoniumabgang bemerkt. Ein äußerer After war nicht nachweisbar. Bei der klinischen Untersuchung fiel auf, daß der untere Teil des Abdomens eingezogen, nicht aufgetrieben war. Es wurde die Möglichkeit erwogen, daß außer der Atresia ani eine höhersitzende Darmstenose vorhanden sei. Die Sektion ergab Einmündung des Mastdarms an der hinteren Wand der Vagina, Uterus bicornis, sowie Stenose des Duodenums an der Einmündung der Gallengänge. Das Duodenum war ballonartig aufgetrieben, ebenso der Magen. Der Teil des Duodenums distal von der Stenose, sowie der Anfangsteil des Dünndarms war stark gallenhaltig, in dem aufgetriebenen Duodenalteil scheint keine Galle vorhanden zu sein. Die Stenose war keine absolute, sondern eine relative, sie läßt sich mit dünner geknöpfter Sonde passieren. Eine kurze Besprechung dieser Duodenalstenose, die an einer typischen Stelle sich befindet, erfolgte in Verbindung mit der Besprechung des zweiten Falls.
2. Multiple Dünndarmstenosen. 12 Tage altes Kind, wohlgebildeter After. Erscheinungen des Darmverschlusses. Es wurde hochsitzende Mastdarmstenose angenommen. Operation. Anlegung eines künstlichen Afters. Bald nach der Operation Exitus. Bei der Sektion wurden multiple Dünndarmstenosen konstatiert. Der Fall ist eingehend beschrieben von Dr. Kuliga und wird in Zieglers Beitr. veröffentlicht.
3. Eine Hernia retroperitonealis sin.;
4. und 5. zwei Fälle von Hernia parajejunalis (Broesike).

Der zweite Fall kompliziert mit einem Mesenterium commune für Dünndarm und Anfangsteil des Kolons. In Kürze werden die Verhältnisse des retroperitonealen Rezessus, sowie im besonderen des Recessus parajejunalis nebst den entsprechenden Hernien erläutert. Die drei Fälle, von denen die beiden ersten aus dem pathologischen Institut Heidelberg, der dritte aus dem anatomischen Institut in Straßburg stammen, werden in der Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol. veröffentlicht.

(Sitzung vom 12. Mai 1903.)

Ibrahim stellt ein 3 Monate altes Kind mit **kongenitaler Pylorusstenose** vor. Es bestand unstillbares Erbrechen seit der 1. Lebenswoche, das durch die verschiedensten diätetischen Maßnahmen nicht beseitigt werden konnte; auch Muttermilch wurde erbrochen. Der Stuhlgang war obstipiert. Das Kind wog beim Eintritt in die Kinderklinik 2600 g, wiegt jetzt nach 5wöchentlicher Behandlung (Darreichung kleiner eisgekühlter Mengen Muttermilch in angemessenen Pausen, Magenspülungen, Kataplasmen) 3120 g. Die außerordentlich intensive Magenperistaltik ist jetzt noch zu beobachten, scheint jedoch für das Kind im Gegensatz zu früher nicht mehr schmerzhaft zu sein. Der Magen ist nur wenig erweitert, seine Entleerung erheblich verzögert; freie Salzsäure 2 Stunden nach Aufnahme von 60 g Muttermilch regelmäßig nachweisbar. Operative Behandlung ist noch in Aussicht genommen.

Vortragender bespricht noch zwei weitere Fälle von kongenitaler Pylorusstenose, die beide von Herrn Prof. Jordan operiert wurden (Gastroenterostomia posterior) und zum Exitus kamen. Im einen Falle handelte es sich um den Bruder des heute vorgestellten Kindes. Die Autopsie ergab muskuläre Hypertrophie hauptsächlich der Ringmuskulatur.

Digitized by Google

Alle drei beobachteten Fälle betrachtet Vortragender als organisch bedingte Stenosen, ohne für andere Fälle die Möglichkeit des Bestehens eines reinen Pylorospasmus in Abrede zu stellen.

Diskussion: v. Rosthorn erlaubt sich, an die anwesenden Vertreter der Chirurgie die Anfrage zu stellen, ob analoge Arten von Strikturen bei Erwachsenen vorkämen und auch da bereits Anlässe zu operativen Eingriffen abgegeben hätten. Anläßlich einer Diskussion über einen derartig gedeuteten, in einem ärztlichen Verein vorgestellten Fall, bei welchem allerdings die ergänzende anatomische Untersuchung des Präparates versäumt worden war, seien Andeutungen über das Vorkommen idiopathischer Strikturen des Pylorus, welche nicht auf eine pathologische Veränderung, wie bei Ulcus, Entzündungsprozessen u. dergl., zurückzuführen waren, auch bei Erwachsenen gefallen.

Jordan: Auf die Frage des Herrn Prof. v. von Rosthorn erwidere ich zunächst, daß beim Erwachsenen Fälle von Pylorusstenose ohne eigentliche anatomische Veränderung der Wand des Pylorus vorkommen, die Anlaß zu chirurgischem Eingreifen geben können. Bei der Gastroptose kann z. B. infolge des Tiefstandes des Magens eine Abknickung des Pylorus resp. des Duodenums verursacht werden und dadurch eine relative Stenose entstehen, die zu schweren Folgezuständen führt. In einem derartigen Falle, der eine 74jährige Dame betraf, war ich veranlaßt wegen zunehmenden Kräfteverfalls, den sorgfältigst durchgeführte interne Behandlung nicht aufzuhalten vermochte, die Gastroenterostomie zu machen, die vorzüglichen Erfolg hatte und der Patientin die volle Gesundheit wieder verschaffte. Verengerung oder Undurchgängigkeit des Pförtners kann ferner durch Verlötung mit der Gallenblase und Verziehung desselben verursacht werden. Auch Spasmen des Pylorus bei Hyperazidität des Magens gaben die Anzeige für Gastroenterostomie.

Was die Fälle von kongenitaler Pylorusstenose anlangt, so wäre eine Aufklärung über die Natur des Leidens von größtem Wert für die Therapie: handelte es sich um einen Spasmus des Pylorusringes, so könnte man von der Divulsion, einem einfachen und relativ leichten Eingriff, Heilung erwarten. Liegt dagegen eine muskuläre Hypertrophie, eine organische Stenose vor, so ist die Gastroenterostomie das richtige Verfahren. Bei dem minimalen Kräftezustand der Patienten, die meist nicht mehr als 5 Pfund wiegen, ist dieselbe ein sehr schwerer Eingriff und es muß immer als Glücksfall betrachtet werden, wenn ein solches Kind die Operation übersteht und geheilt wird. Bei den beiden, von mir operierten Fällen hatte ich den Eindruck, daß die an sich vorzuziehende hintere Anastomose infolge der Auspackung des Magens und Kolons den Schock erhöht, und würde daher im nächsten Fall die vordere Gastroenterostomie am tiefsten Punkte, der vorderen Magenwand, ausführen, zumal die Anastomose doch nur mit Nähten bewerkstelligt werden kann. Die Jejunostomie kann bei den anatomischen Verhältnissen Neugeborener kaum in Frage kommen.

Brauer frägt, ob es nicht zweckmäßig wäre, bei Kindern mit der in Diskussion stehenden Erkrankung zunächst eine Jejunostomie auszuführen und erst späterhin — nach Aufbesserung des Ernährungszustandes — zur Gastroenterostomie zu schreiten.

Fleiner: Die von Herrn Prof. Jordan angeführten mechanischen Mißverhältnisse, welche bei Tiefstand und Vertikalstellung des Magens die Fortschiebung des Mageninhaltes nach dem Darme behindern können, sollte man nicht eigentlich den Pylorusstenosen zurechnen. Kussmaul hat diese Zustände zuerst beschrieben und auf Abknickung des Duodenums bezogen. Diese Abknickung findet am horizontalen Aste des Zwölffingerdarmes statt, da wo dieser an der Wirbelsäule befestigt ist. Da nun durch interne Mittel, d. h. durch Ernährungs- und Liegekuren, Magenspülungen, Heraufbinden oder Stützung des gesenkten Magens durch geeignete Verbände oder durch Bandagen jene Abknickung am Duodenum verhindert oder beseitigt werden kann, so besteht eine Indikation zu operativem Vorgehen bei diesen Fällen in der Regel nicht.

Zu den Stenosen des Pylorus, nach welchen der Herr Vorsitzende gefragt hat und welche ohne Narbenbildung, Verwachsung oder Neubildung zu stande kommen, wäre wohl jene gutartige Form zu rechnen, welche als hypertrophische Pylorusstenose bezeichnet wird und im Gefolge von chronischgastrischen Zuständen sich allmählich entwickelt. Man begegnet ihr nicht gerade

Digitized by Google

häufig, kann sie aber klinisch gut von anderen Formen der Pylorusstenosen unterscheiden: zu den Zeichen des meist langjährigen chronischen Magenkatarrhs gesellen sich allmählich und in wachsendem Maße die Erscheinungen der motorischen Insuffizienz und der Magenerweiterung. Auch ein Tumor wird schließlich fühlbar: der gleichmäßig verdickte Pylorus bildet eine etwa nußgroße Geschwulst von glatter Oberfläche. Differentialdiagnostisch (mit Magenkarzinom) ist für die hypertrophische Pylorusstenose die auf Jahre sich erstreckende Vorgeschichte des Magenleidens von Wichtigkeit.

Ibrahim: Die ersten Beobachtungen über kongenitale Pylorusstenosen stammen von Landerer und Maier aus den Jahren 1879 und 1885. Diese Forscher beschrieben Leichenbefunde an Mägen der verschiedensten Lebensalter, die sie nur auf eine kongenitale Stenose des Pylorus zurückführen konnten. Erst im Anschluß an diese Beobachtungen wurde das anatomische und später auch das klinische Bild der kongenitalen Pylorusstenose am Säugling festgestellt. Unter den von Landerer und Maier beschriebenen Fällen finden sich mehrere, die neben einer Ektasie des Magens und einer abnormen Enge des Pylorus keinerlei anatomische Veränderungen weder an der Schleimhaut, noch an der Muskulatur des Magens oder Pylorus erkennen ließen.

IV. Monats-Chronik.

Dr. E. Deutsch (Budapest) sendet uns zu seiner jüngst in unserem Blatte veröffentlichten Arbeit: **„Gratismilch- und Ordinationsanstalten für Säuglinge“** folgenden **„Nachtrag“:**

Von allergrößter Wichtigkeit ist, bei Magendarmkrankheiten der Säuglinge statt der Milch ein diätetisches Getränk zu verabreichen. In der unter meiner ärztlichen Leitung stehenden Gratismilchanstalt wird ausschließlich eine aus Kufekes Mehl bestehende Suppe (1 Eßlöffel Mehl auf 1 Liter Wasser) verwendet. Die Bereitung der Suppe ist einfach und der Erfolg ein überaus zufriedenstellender. Seitdem die Frauen wissen, daß sie bei Milchentziehung ein anderes Nährmittel erhalten, versäumen sie ausnehmend selten die Meldung des Auftretens eines unverdauten Stuhles.

Nürnberg. **Ein erster internationaler Kongreß für Schulhygiene** wird für Ostern 1904 in Nürnberg geplant. Ein internationales Komitee, welchem neben bekannten deutschen Forschern, wie Baginsky, Hoffa, Eulenburg, Cohn (Breslau), Hueppe (Prag) auch Gelehrte anderer Nationen angehören, hat sich bereits zum Zwecke der Vorarbeiten gebildet.

Die Stadt Nürnberg hat die Zahl ihrer **Schulärzte**, die anfänglich (im Jahre 1898) 6 betrug, auf 15 vermehrt. Nach der neu ausgearbeiteten Dienstordnung für die Schulärzte erstreckt sich deren Wirkungskreis nicht nur auf die städtischen Schulen, sondern auch auf die Privatschulen. Sämtliche Kinder werden beim Eintritte in die Schule untersucht und dann noch 2 mal im Laufe des Jahres. Bei Mädchen unterbleibt die Untersuchung vom 4. Schuljahre an, wenn die Eltern nicht besonders es wünschen. Beim Austritte aus der Schule erfolgt auf Wunsch der Eltern die Untersuchung der Knaben, um Ratschläge bezüglich der Wahl des Berufes zu geben.

V. Personalien.

Breslau. Gestorben der langjährige Assistent an der Kinderklinik Dr. **K. Gregor.**

Rom. Habilitiert für Pädiatrie Dr. **L. M. Spolverini.**

Chicago. Dr. **F. B. Earle** zum Professor der Kinderheilkunde am College of Physicians and Surgeons ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung von

Dr. C. BERLINER (Aachen), Dr. ERNST DEUTSCH (Budapest), Dr. ALBR. DWORETZKY (Moskau), Dr. E. ENSLIN (Erlangen), Direktor Dr. ESCHLE (Sinsheim), Prof. Dr. EVERSBUSCH (München), Dr. G. FINDER (Charlottenburg), Dr. E. FLATAU (Warschau), Priv.-Doz. Dr. R. HECKER (München), Dr. LEO JACOBI (New York), Prof. Dr. JOACHIMSTHAL (Berlin), Dr. MAX JOSEPH (Berlin), Dr. G. KREBS (Hildesheim), Dr. P. MAAS (Aachen), Dr. K. MENDEL (Berlin), Dr. ADOLPH H. MEYER (Kopenhagen), Dr. PLANTENGA (Haag), Dr. CARL SCHADE (Göttingen), Priv.-Doz. Dr. E. SCHREIBER (Göttingen), Dr. SCHRIDDE (Erlangen), Priv.-Doz. Dr. H. STARCK (Heidelberg), Dr. SZYMANOWSKI (Warschau), Dr. E. TOFF (Braila, Rumänien), Prof. Dr. VULPIUS (Heidelberg), Dr. H. WALBAUM (Kiel), Priv.-Doz. Dr. ZIEGENSPECK (München) u. A.

herausgegeben von

Dr. med. Eugen Graetzer,

prakt. Arzt in Sprottau.

VIII. Jahrgang. November 1903. Nr. 11.

Inhalt.

I. Originalbeiträge.

II. Referate.





Digitized by Google

Fortsetzung des Inhaltes.



chemische Fabrik — Darmstadt.

Bromipin

Ind.: **Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, Chorea, epileptische Dämmerzustände.**

Rp.: Bromipin 10% 100 g.
D. S. 2—3 mal täglich 1 Theelöffel voll in obergähr. Bier oder heißer Milch.

Stypticin

Ind.: **Blutungen im Klimakterium, menstruale Blutungen, Menorrhagien etc.**

Rp.: Tablettar. Stypticin No. 40 à 0,05 g.
D. S. Täglich 3—5—8 Tabletten zu nehmen.

Dionin

Ind.: **Asthma, Emphysem, Bronchitis, Phthisis pulmon., Tracheïtis, Pertussis, Schmerzzustände (Gastralgie, Ischias, Ovaralgie, Oophoritis, Ulcus ventriculi), Asomnie, Abstinenzkur, Keratitis, Chorioiditis, Bulbusoperationen.**

Rp.: Dionin 0,3,
Aq. amygd. amar. 15,0.
M. D. S. 3 mal täglich 10; Abends 20 Tropfen.

Rp.: Dionin 0,04,
Ol. Cacao 2,00.
M. f. lege art. supp. d. t. dos. 10.
S. Täglich 1 bis mehrere Zäpfchen zu gebrauchen.

Rp.: Dionin 0,5,
Aq. dest. 20,0.
M. f. sol. steril.
S. Zu subkutanen Injektionen.

Dionin wird für die Kinderpraxis aufs Wärmste empfohlen.

Litteratur gratis und franko.

Digitized by Google

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

IV. Neue Bücher. — Neue Dissertationen.

KNOLL & Co., Ludwigshafen a. Rh.

Ichthalbin

Tonicum und Darmantisepticum.

Geruch- und geschmackloses Ichthyoleiweiß
zur inneren Ichthyolanwendung.

Ind.: *Tuberkulose, Typhus abdom., Hautkrankheiten.*

Dos.: 0,3—1,0, 3mal täglich.



Digitized by Google

Thiocol „Roche“

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig. Vorzügl. Antitubercul. und Anti-Diarrhoicum.

Sirolin „Roche“

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Sulfosotsyrup „Roche“

entgiftet. Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für **Armen- und Kassenpraxis.**

Airol „Roche“

ist das hervorragendste, pulverförmige Antisepticum, welches als Ersatz des Jodoforms in den meisten chirurgischen Kliniken in Gebrauch steht.

Vorteile. Airol hat gegenüber dem Jodoform die Vorteile absoluter Geruchlosigkeit, Ungiftigkeit und Reizlosigkeit.

Indikationen. Zur **Wundbehandlung**, Verbrennungen, Unterschenkelgeschwüre, Hornhautgeschwüre und -Abszesse, Hypopyonkeratitis, Gonorrhoe, Metritis etc.

Anwendungsweise. Als Streupulver, Gaze, 10% Collod., Bruns'sche Airolpaste, Glycerin-Emulsion und Salbe.

Muster und Literatur
stehen den Herren Ärzten gratis zur Verfügung.

Alleinige Fabrikanten:

F. Hoffmann-La Roche & Cie.,

Fabrik chem.-pharmazeut. Produkte,

Basel (Schweiz) **Grenzach** (Baden).

Protylin „Roche“

haltbares Phosphoreiweiß. Wirksamer als die bisherigen organ. u. anorgan. Phosphor- und Phosphorsäurepräparate.

Asterol „Roche“

wasserlösl. Hg.-Präp., fällt nicht Eiweiß, reizt nicht, greift Instrumente nicht an.

Thigenol „Roche“

synthetisches Schwefelpräparat mit 10% org. geb. Schwefel. Geruchloser Ichthyolersatz.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

VIII. Jahrgang. 1. November 1903. No. 11.

I. Originalbeiträge.

(Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Leipzig.)
(Direktor Med.-Rat Prof. Dr. O. Soltmann.)

Beitrag zur Lehre der Vergiftungen im Kindesalter.

Von

Dr. med. **H. Brüning,**

Assistenzarzt.

(Schluß.)

9. Fall (Schwefelsäureintoxikation).

4jähriger Knabe, F., C. (685, 1899) aufg. 14. VI. 1899; trank Ostern 1898 versehentlich einige Kubikzentimeter rauchender Schwefelsäure; die Verschorfungen in der Mundhöhle heilten glatt ab, doch kann der Kleine seitdem nur noch flüssige Nahrung schlucken, ohne zu erbrechen; seit einem Jahre ist der Knabe täglich vom Hausarzte sondiert worden. Im Krankenhause Allgemeinbefinden befriedigend; feste Speisen können jedoch nicht geschluckt werden. 21 cm hinter der Zahnreihe stößt man auf ein Hindernis, welches nur für dünne Sonden (No. 9—11) passierbar ist. Später geht No. 12 glatt durch und Pat. vermag auch konsistentere Speisen, ohne zu erbrechen, zu schlucken. Mit einer Zunahme des Körpergewichtes von 500 g nach 6 Wochen geheilt entlassen.

Nach einer brieflichen Mitteilung des Vaters geht es dem Kinde relativ gut; es kann alle Speisen genießen, jedoch soll es ganz selten vorkommen, daß „etwas sitzen bleibt, so daß es stärker drücken muß“.

10. Fall (Schwefelsäurevergiftung).

M., Karl, 13 Jahre alt (1086, 1898), trank, in der Meinung, Himbeersaft vor sich zu haben, versehentlich Schwefelsäure; sofort Erbrechen. Wegen Erstickungsanfällen 4 Stunden nach dem Unfall ins Krankenhaus gebracht: schwerer Krankheitszustand, Röcheln, Klagen über Hals- und Magenschmerzen; leichte Somnolenz. Zahnfleisch und Zunge mit weißem Belag bedeckt. Puls sehr frequent. Magengegend schmerzhaft, Patellarreflexe erloschen. Trotz Eisblase, Eismilch und Magn. ust. nebst etwas Morphium Zunahme der Cyanose und Benommenheit; Nasenflügelatmen; feuchtes Rasseln auf der Lunge; Herz nach rechts bis zur Mitte des Brustbeines; Galloprythmus, dumpfe Herztöne; Urin hell, enthält $2^1/_2$ % Zucker; Stimme aphonisch. Stuhl dickbreiig, o. B., Kremasterreflex nicht mehr auszulösen. Puls wird unfühlbar, Exitus 21 Stunden nach der Aufnahme; Temperatur kurz vorher 40,2.

Obduktionsbefund: Verätzung des Zungengrundes, der Tonsillen, Gaumenbögen, des Kehldeckels und der Pharynxwand; membranöse Abstoßung des Pharynxepitheles. Verätzung der Cardia und streifenförmig von der Cardia nach dem Magenfundus zu verlaufende, weißgelbe Verätzungen der Magenschleimhaut. Zarte verrucöse Auflagerungen an der Mitralis; Dilatation der Ventrikel; Hypertrophie des linken Ventrikels. Hyperämie und Ödem der Lungen; venöse Hyperämie der Milz und der Nieren mit trüber Schwellung des Nierenparenchyms. Hämorrhagische Enteritis des Dünndarmes, Follikelschwellung im Dickdarm. Verkalkte tuberkulöse Herde in den Bronchialdrüsen.

Digitized by Google

11. Fall (Schwefelsäurevergiftung).

K., Marie (1530, 1898), 3 Jahre alt; einige Tage vor der Katastrophe durchfälliger Stuhl, sonst nie krank. Allein in der Wohnung zurückgeblieben; bei der Rückkehr der Mutter von dieser am Boden liegend aufgefunden, leere Flasche mit Putzwasser (30 g waren darin!) daneben stehend. Schaum vor dem Mund, Aphonie; 3 Stunden später im Kollaps ins Krankenhaus gebracht: Cyanose, große Unruhe, Unvermögen zu sprechen und zu schlucken; Temperatur 35°; Puls unfühlbar: Respiration verlangsamt, unregelmäßig. Lippen geschwollen; auf dem Kinn zwei rote Ätzstreifen; Schleimhaut des Mundes grau-weißlich verfärbt, trocken. Magengegend aufgetrieben und druckempfindlich. Reflexe fehlen. Trotz aller Mühe Tod 6 Stunden nach dem Unfall, nachdem völlige Bewußtlosigkeit eingetreten.

Bei der Sektion ergab sich außer typischen Befund an Rachen und Speiseröhre eine Perforation der Magenwand mit Peritonitis perforativa; im Bauchhöhleninhalt noch Schwefelsäure nachweisbar.

12. Fall (Karbolsäurevergiftung).

E., Meta (350, 1894), 13jährig, wird aus der Zwangsarbeitsanstalt als diphtherieverdächtig dem Krankenhause zugeführt (Schluckbeschwerden, Halsschmerzen, Heiserkeit seit tags vorher). Bei der Aufnahme fällt sofort eine vom linken Mundwinkel über das Kinn nach abwärts verlaufende braun-rote Verfärbung der Haut auf, als sei vom Munde heraus etwas über das Kinn herabgeflossen; Klagen über Brennen und Kratzen im Halse; oberflächliche, weißliche, sich abstoßende Verschorfung des Zahnfleisches und der Wangenschleimhaut; intensive Rötung und Schwellung der Tonsillen und der Gaumenbögen. Auf beiden Tonsillen einige lakunäre Pfröpfe; daneben jedoch, sich deutlich durch die schmutzig-gelbliche Farbe abhebend, anscheinend durch oberflächliche Nekrose bedingte Schorfe, ebensolche auf der Uvula. Pat. gibt an, aus Furcht vor Strafe suicidii causa Karbolsäure getrunken zu haben, die sie sich aus der Apotheke geholt habe, sie habe nur wenig getrunken, aber beim Husten einen Teil davon in den Kehlkopf bekommen. Im Harn keine Karbolsäure mehr nachweisbar. Nahrungsaufnahme durch die Schwellung der Rachenorgane erschwert. Langsames Abstoßen der Schorfe; Tonsillen hypertrophisch. Therapeutisch: Eisstückchen schlucken; Gurgeln mit Kal. hyp. Keine weiteren Beschwerden. Auch späterhin keine Beschwerden.

13. Fall (Karbolsäurevergiftung).

Einem 3wöchentlichen Säugling brachte die Hebamme, „weil der Nabel nicht in Ordnung sei", Karbolwasser auf die Nabelgegend, so daß die Haut sofort ganz weiß wurde und sich das Kind vor Schmerzen krümmte. Als die Eltern das Kind ins Krankenhaus brachten, war die Hautfarbe ikterisch, der Nabel leicht gerötet und vorgewölbt, die ganze Unterbauchgegend und zum Teil auch der Rücken eingenommen von einer scharf begrenzten, unregelmäßig gezackten erysipelatösen Rötung, deren oberste Schichten leicht weißlich erschienen; einzelne Spritzer auch an den Beinen. Kind sehr schläfrig. Erbrechen, Durchfall; Temperatur 37,8. Bleiumschläge auf den Nabel. Urin gibt Phenolreaktion, enthält aber kein Eiweiß. Langsame Besserung aller Erscheinungen; 6 Wochen später vollkommen geheilt entlassen. Der Vater des Kindes teilte mir auf meine Anfrage brieflich mit, daß der Junge noch am Leben und gesund sei; die Narben von der Verätzung seien noch deutlich sichtbar, der Knabe habe Masern und Scharlach überstanden und nach seiner Ansicht, da er zu dieser Zeit noch etwas schwächlich gewesen sei, hierbei außerordentlich zu leiden gehabt. Direkte Nachteile habe die Vergiftung nicht hervorgerufen.

14. Fall (Salpetersäurevergiftung).

2jähriges Mädchen F. M. (423, 1894) trinkt aus Versehen einige Kubikzentimeter reine Salpetersäure; Milch und doppeltkohlensaures Natron sofort hinterher gegeben. 8 Tage später wird das Kind unruhiger und klagt über unbestimmte Beschwerden; nach weiteren 8 Tagen Erbrechen, Schluckbeschwerden, röchelnde Atmung, undeutliche Sprache. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus in

Digitized by Google

der Nacht (4 Wochen nach dem Unfall) ist das Kind sehr matt und hinfällig, Haut kühl, Puls frequent, Respiration sehr beschleunigt; Rachen gerötet, viel Schleim im Munde; Temperatur 38,5; Prießnitz. Tee mit Kognak. Am anderen Morgen bemerkt man u. a. noch eine mäßige, wulstige, schmerzhafte Schwellung in der Gegend des Schildknorpels; lobuläre Herde der Lungen; Erbrechen; näselnde Stimme. Puls öfters ungleich und unregelmäßig, später verlangsamt und kaum noch zu fühlen. Zunahme der Cyanose; Kühle der Extremitäten. Exitus.

Sektionsbefund: Perioesophagitis et Mediastinitis gangraenosa, „zwischen der Wirbelsäule und dem Ösophagus in der Höhe der obersten Brustwirbel eine von einem schmierigen, zerfallenden Gewebe ausgekleidete Abszeßhöhle; von hier aus taschenförmige Ausbuchtung nach oben hin bis zu einer grau-gelben Stelle auf der hinteren Rachenwand (Perforation!); daneben mehrere grau-gelbliche Stellen auf der Schleimhaut des Rachens. Schleimhaut des Schlundes und des oberen Teiles der Speiseröhre in eine weißlich glänzende, narbig aussehende Fläche verwandelt; im Ösophagus von der Bifurkation abwärts wieder dasselbe narbige Aussehen der Schleimhaut, bis dicht oberhalb der Cardia reichend; dieser Teil trübe, von fleckigen Blutaustritten durchsetzt; an den weißlich erscheinenden Partien läßt sich die Mukosa als ein dünnes feines Häutchen von der Submukosa abziehen. Zwischen diesen beiden weißlichen Partien eine sanduhrförmige Verengerung der Speiseröhre, der oben beschriebenen Abszeßhöhle entsprechend“; von letzterer aus in der Höhe des 3. bis 4. Trachealringes ovaler Defekt in der Trachealwand; Bronchitis purulenta; Magenschleimhaut an der Cardia auffallend injiziert, trübe; an der hinteren Wand nahe der großen Kurvatur eine kleinhandtellergroße, sehnig glänzende, weißliche narbige Stelle mit einzelne Inselchen erhaltener Schleimhaut. Dünndarmschleimhaut cyanotisch. Aus dem Abszeßeiter Streptococcus longus gezüchtet.

Unter den 6 Fällen von Säurevergiftung waren also 3 Todesfälle zu verzeichnen; jedesmal handelt es sich um Aufnahme des Giftes per os. Um ähnliche Fälle handelt es sich in den von Tobeitz, Salomon, Heimann, Model, Holsti und Reimer mitgeteilten Beobachtungen. Der 3jährige diphtheriekranke Patient Reimers nahm versehentlich 1 Kaffeelöffel 50 % Karbolsäure und fiel sofort bewußtlos um, doch trat nach 10 Tagen völlige Heilung ein. Salomons Patient, ein 14tägiger Säugling, erhielt aus Versehen einen Kaffeelöffel voll Acid. carbol. liquefact. und Spir. Vini āā; nach anscheinend völliger Wiederherstellung mit 6 Monaten traten nun allmählich die Erscheinungen der Ösophagusstenose auf, so daß das Kind regelmäßig bougiert und im Alter von 2½ Jahren ösophagotomiert werden mußte. Das Kind überstand die Operation gut und kam mit dem Leben davon. Die Fälle Heimanns und Models betrafen 2 Kinder im Alter von 3 und 9 Jahren; letzteres verschluckte, in der Rekonvaleszenz nach Diphtherie einen Eßlöffel 90%iger Karbolsäure und fiel sogleich wie tot um; doch trat auch hier, wie in dem ersteren Falle, durch schleunigste Ausspülung des Magens mit Glaubersalzlösung sowie durch Anwendung von Alkohol und Äther Besserung und völlige Genesung ein.

Tödlich verliefen die Vergiftungen, welche Reimer und Holsti beschreiben. Das eine der beiden Kinder Reimers hatte Schwefelsäure, und der 6jährige Knabe Holstis Salpetersäure aus Unvorsichtigkeit getrunken; bei dem zweiten Falle Reimers hatte die dem Trunke ergebene Mutter das Kind gewaltsam durch Eingießen von conc. Schwefelsäure vergiftet. Alle 3 Kinder starben nach kurzer Zeit an den Folgen einer durch die Gifte bedingten Magenperforation mit eitriger Bauchfellentzündung; die Perforationsöffnung befand

Digitized by Google

sich stets in der Gegend der großen Kurvatur, wie dies auch schon bei früheren Fällen angedeutet wurde. Hierher sind auch die von Medin und Josefoicz näher beschriebene Fälle zu rechnen, in denen durch Applikation eines Klysmas die Vergiftung bei 2 Kindern im Alter von 5 Jahren und 10 Monaten verursacht wurde. Nach Medins Mitteilungen hatte eine Hebamme ihrem an Oxyuren leidenden Töchterchen einen Einlauf gemacht, der etwa 2—3 gr Karbolsäure enthielt, während in dem zweiten Falle dem Säugling versehentlich ein Klystier mit $^1/_2$ $^0/_0$ Karbolsäurelösung verabreicht worden war. In beiden Fällen kam es zwar zu typischen, schweren Intoxikationserscheinungen — im ersten Falle sofortige Bewußtlosigkeit, völlige Anästhesie, schleimig-blutige Entleerungen, im Harn über 30 Stunden lang Karbolfärbung, Urticaria in der Rekonvaleszenz —, doch verliefen beide Fälle so günstig, daß die Kinder als geheilt betrachtet werden konnten.

Im Gegensatz zu diesen Fällen, wo die Intoxikation auf dem Wege des Verdauungstraktus erfolgte, sind auch eine Anzahl von Fällen mit perkutaner und auf dem Wege des Lymphstromes bewirkter Vergiftung, d. h. durch äußere Verwendung der giftigen Substanzen beschrieben. Außer der eigenen, oben mitgeteilten Vergiftung durch Karbolsäure (Fall 13) werden derartige Beobachtungen, in denen es sich auffallenderweise wiederum stets um Karbolintoxikation handelte, von Péraire, Simon und Meltzer mitgeteilt. Péraire beschreibt 5 Fälle von allgemeiner Intoxikation und Gangrän der Finger nach Umschlägen mit 1 $^0/_0$ Karbolsäurelösung; Simon schildert die durch Karbolwatte bei einem 22monatlichen Kinde mit einer Ulzeration am Kiefer bewirkte Allgemein-Intoxikation mit Erbrechen, schlechtem Puls, Fieber und vollkommener Anurie; nachdem die Karbolwatte weggelassen, trat schnelle Besserung ein und der grün-schwarze Urin nahm seine normale Beschaffenheit wieder an. Bemerkenswert ist auch noch der von Meltzer bei einem 9tägigen jüdischen Knaben im Anschluß an die rituelle Zirkumzision, die mit Umschlägen von 4 $^0/_0$ iger Karbolsäurelösung behandelt wurde, hervorgerufene Intoxikation, welche nach 3 Tagen den Tod des Kindes herbeiführte.

Bezüglich der eigenen Beobachtungen seien noch einige kurze Bemerkungen angefügt. 13 der Verunglückten kamen durch innerliche Aufnahme der Giftstoffe (Einatmen, Verschlucken) zu der Vergiftung, nur in einem Falle handelt es sich um äußere Anwendung der giftigen Flüssigkeit.

Die Zeit der Aufnahme der Erkrankten ins Krankenhaus nach stattgehabter Indoxikation war wesentlich verschieden. Die meisten (10) kamen noch im Stadium der akuten Giftwirkung zur Aufnahme, und zwar frühestens $^1/_2$ Stunde und spätestens am Tage nach dem Unfalle. Infolgedessen kamen bei diesen Kindern auch in erster Linie die Erscheinungen der akuten Vergiftung zur Beobachtung, wie dieselben in den oben angeführten Krankengeschichten mitgeteilt worden sind; 6 von diesen Kindern konnten geheilt bez. gebessert entlassen werden, während 4 den Vergiftungen erlagen. Die Besserungen bez. Heilungen betrafen im wesentlichen die weniger

Digitized by Google

schweren Fälle, doch liefen auch einzelne sehr schwere Intoxikationen (Kohlenoxydvergiftung, Laugen- und Säureverätzung) wider Erwarten günstig ab. Für den Ausgang der Vergiftung war natürlich die Menge der vergiftenden Substanzen mit in Betracht zu ziehen, über deren Größe die anamnestischen Daten meist nur sehr unbestimmte Angaben machten („einige ccm", „wenige Schluck", „etwas" usw.); in einigen der Fälle (s. die Morphiumvergiftung) konnte aber durch Untersuchung der betreffenden Gefäße und durch Nachfragen in der Apotheke ziemlich genau die Giftmenge nachträglich ermittelt werden. Die 4 Todesfälle im akuten Stadium der Vergiftung erfolgten bald nach der Überführung der Vergifteten ins Krankenhaus. trotzdem die verschiedensten Versuche gemacht worden waren, die Kinder am Leben zu erhalten.

Zu beachten ist fernerhin die Tatsache, daß bei einzelnen der Kinder nicht sogleich nach der Intoxikation die Vergiftungserscheinungen auftraten, sondern daß dieselben erst eine Zeit nachher bemerkt wurden. So hatte z. B. das 13jährige Mädchen (Fall 12), um sich das Leben zu nehmen, Karbolsäure getrunken; die Vergiftung war aber trotz der schon äußerlich sichtbaren Verätzungen und trotz der Klagen über Kratzen und Brennen im Halse nicht erkannt, und das Kind wegen Diphtherieverdacht dem Krankenhause zugeführt worden; hier konnten die Vergiftungssymptome zugleich mit einer lakunären Angina nachgewiesen werden, und durch Nachfrage bestätigte sich der Verdacht, daß das Kind Gift genommen hatte.

Im Gegensatz zu dieser Gruppe der Vergifteten kamen 3 Fälle erst mit den Folgeerscheinungen der Intoxikationen, und zwar Fall 4 (Laugenverätzung) nach 3 Wochen, Fall 14 (Salpetersäurevergiftung nach 4 Wochen und Fall 9 (Schwefelsäureintoxikation) nach 14 Monaten in Krankenhausbehandlung. Die Klagen der Kinder erstreckten sich in allen 3 Fällen auf Schluckbeschwerden. Würgen und Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme und Abnahme des Körpergewichtes. Daß derartige Erscheinung der Nahrungsaufnahme bei einer vorhergegangenen Vergiftung durch Lauge oder Säuren nur durch Stenosenbildung innerhalb der Speiseröhre bedingt sein konnte, unterlag keinem Zweifel. In 2 Fällen konnte denn auch eine narbige Striktur des Ösophagus durch Sondenuntersuchung nachgewiesen werden; dieselbe saß bei den 4jährigen Kindern 17 bez. 21 cm hinter der Zahnreihe und war derart, daß im ersteren Falle die Sonden überhaupt nicht mehr durchgingen, während bei den kleinen Knaben durch dünne Sonden das Hindernis passiert werden konnte. In dem dritten Falle, der zur Obduktion kam, wurde die Stenose, die höher oben saß, durch eine Periösophagitis und Peritrachitis, die sich durch eine wulstige Schwellung an der Vorderseite des Halses zu Lebzeiten des Kindes manifestierte, bedingt.

Über den Sitz der durch die Gifte bedingten Verätzungen geben einige Sektionen Aufschluß. Außer den Mund- und Rachenorganen waren stets der obere und der untere Teil der Ösophagusschleimhaut, die Gegend der Cardia, sowie der Fundusteil des Magens beteiligt. Es ist zweifellos, daß die Lokalisation der Verschorfungen mit der Art und Weise der Aufnahme der Gifte insofern in Zu-

Digitized by Google

sammenhang gebracht werden muß, als durch **hastiges** Trinken der in Frage kommenden Flüssigkeiten die letzteren, von dem oberen Teil des Ösophagus direkt in den unteren Abschnitt gespritzt werden und hier namentlich die verengte Stelle an der Cardia in Mitleidenschaft gezogen wird, wie dies deutlich aus Fall 10 und 14 ersichtlich ist. Je nach dem Füllungs- und Kontraktionszustand des Magens kommt es dann entweder zu streifigen, von der Cardia nach dem Fundus ausstrahlenden und der Höhe der Falten entsprechenden Verätzungen (Fall 10) oder zu schweren Veränderungen in der Gegend der großen Kurvatur (Fall 14 und 11) in Gestalt großer, perforierender Substanzverluste mit sekundärer Perforationsperitonitis, oder — bei längerer Dauer der Krankheit —, wie in Fall 14, zu Narbenbildungen der verschorften Schleimhaut in Form weißlicher, schwarzglänzender Plaques; daß gelegentlich auch die Dünndarmschleimhaut an den Verschorfungsprozessen teilnehmen kann, scheint nach dem im akuten Stadium der Vergiftung verstorbenen Kinde in Fall 10 zweifellos, in welchem eine hämorrhagische Enteritis des Dünndarms gefunden wurde.

Ob die in letzterem Falle intra vitam diagnostizierte Zuckerausscheidung im Urin, welche $2\frac{1}{2}\%$ betrug, allein der Giftwirkung zuzuschreiben ist oder mit dem Darmkatarrh bezw. mit einer durch Fortsetzung des entzündlichen Prozesses auf den Pankreasausführungsgang hervorgerufenen Pankreasaffektion in Zusammenhang sich bringen läßt, ist wohl nicht mit Sicherheit zu bejahen, jedenfalls aber auch nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen. Die Literaturangaben bei jüngeren Individuen berichten nichts über diese sicherlich sehr seltene Affektion.

Was nun schließlich den endgültigen Ausgang der 14 Fälle von Vergiftungen anbelangt, so endeten 6 Fälle tötlich, und zwar am Tage der Vergiftung 3 Fälle (2 Schwefelsäure 1 Kohlenoxyd) am Tage **nach** der Vergiftung 1 Fall von Kohlenoxydintoxikation 4 Wochen nach dem Unfall 1 Fall (Salpetersäure) $3\frac{1}{2}$ Monat nach der Intoxikation 1 Fall (Lauge); die übrigen 8 Kinder kamen mit dem Leben davon. Bei 7 von denselben ist die Vergiftung, ohne dauernde Schädlichkeiten zu hinterlassen, vorübergegangen. Eins hat jedoch nach Ansicht des Vaters in der ersten Zeit nach der Intoxikation noch sehr zu leiden gehabt und sich nur langsam erholen können (Fall 13), so daß es durch Masern und Scharlach, von denen es kurz nacheinander befallen wurde, sehr mitgenommen wurde. Nur der Knabe, der versehentlich Schwefelsäure getrunken hatte (Fall 9) leidet auch jetzt — nach 4 Jahren, — noch zeitweise an geringgradigen Stenoseerscheinungen, die ihn zwingen, beim Hinunterschlucken fester Speisen hin und wieder etwas stärker zu pressen. Es ist aber wohl anzunehmen, daß auch diese Beschwerden in kurzer Zeit vollkommen nachlassen werden, so daß auch dieser Knabe als völlig geheilt betrachtet werden kann.

Literatur:

Biedert, P. Lehrbuch der Kinderkrankheiten 1902.

Cruse, W. Zur Behandlung der Morphiumvergiftung mit Atropin. Arch. für Kinderh. 16.



Eschle. Ein Beitrag zur Kasuistik der Opiumvergiftung. Therap. Monatshefte 1896.

Heimann, E. Eine Karbolsäurevergiftung bei einem 3jährigen Kinde. Allg. med. Zentralzeitung 1890.

Holsti. Salpetersäurevergiftung. Ref. im Jahrb. f. Kinderb. 29, 140.

Josefoicz, J. Ein Fall von akuter Karbolsäurevergiftung. Gaz. lek. 1895.

Katzenstein. Ein Fall von Morphiumvergiftung im frühesten Kindesalter. Münch. med. W. 1902.

Kramstyk. Über Vergiftungen mit Natronlauge bei Kindern. Jahrb. f. Kinderh. 55, 5.

Manicus, H. T. Ammoniakvergiftung. Hosp. Tid. 1888.

Medin, O. Karbolsäurevergiftung durch ein Klystier. Hygiea 1883, 125.

Meltzer, J. Karbolsäurevergiftung bei einem Kinde. New York med. W. 1889.

Model, A. Vergiftung mit konz. Karbolsäure bei einem diphtheriekranken Kinde. Ther. Monatsh. 1889.

Péraire, M. Gangrène du méduis causée par l'acide phénique. Bull. de la soc. anat. de Paris 1896.

Reimer. Kasuistische und pathol.-anatomische Mitteilungen usw. Jahrb. f. Kinderh. 11.

Salomon, J. Vergiftung mit Karbolsäure und Alkohol bei einem 14 Tage alten Kinde. D. Arch. f. kl. Med. 56.

Semtschenko. Opiumvergiftung eines Säuglings. Anwendung von Atropin als Gegengift. Wratsch 1886.

Simon, J. Akute Intoxikation durch karbolisierte Watte. Rev. mens. des mal. de l'enfance 1887.

Trautner, T. M. Opiumvergiftung bei einem Kinde. Ref. Jahrb. f. Kinderh. 20.

Tobeitz, A. Eine akute Vergiftung mit Karbolsäure. Arch. f. Kinderh. 11.

II. Referate.

Cossmann. Azetonvergiftung nach Anlegung eines Zelluloid-Mullverbandes.

(Aus dem Diakonenkrankenhause in Duisburg a. R.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 36.)

Bei einem 12jährigen, schon seit längerer Zeit wegen einer tuberkulösen Hüftgelenksentzündung im Streckverband liegenden Knaben sollte ein Gehverband angelegt werden, und wurde der seit 1896 häufig dazu benutzte Zelluloid-Mullverband angelegt. Schon kurze Zeit nachher wurde der Knabe unruhig, klagte über starkes Brennen an den Beinen, bekam Erbrechen, dann wurde er komatös. C. fand ihn in tiefem Koma, mit weiten, nicht reagierenden Pupillen, kaum fühlbarem Pulse, kalten Händen und Füßen und ab und zu eintretenden tiefen, geräuschvollen Atemzügen vor. Unter fortgesetzter Anwendung künstlicher Atmung, Einwicklungen in heiße Prießnitzumschläge, Infusionen von Kochsalzlösung usw. verloren sich allmählich die Erscheinungen, die Benommenheit hielt aber über 36 Stunden an. Ebenso lange roch die Exspirationsluft nach Aceton. Die Untersuchung des Harns ergab Aceton, ebenso war solches im Erbrochenen enthalten.

Wie kam diese Vergiftung zustande? Das Verbandmaterial war tadellos. Acetonvergiftungen durch Einatmung sind in den betreffenden Fabriken sogar unbekannt. Dagegen sind zur Resorption durch die Haut alle Verbedingungen gegeben, vor allem wäre die Eigenschaft

Digitized by Google

des Acetons, leicht Fette zu lösen, zu betonen. Nun war bei dem Knaben allerdings, entgegen der sonstigen Gewohnheit, der Zelluloid-Mullverband nicht auf einem Gipsmodell hergestellt, sondern unmittelbar auf dem Körper, wobei aber Trikotstoff untergelegt worden war. Reizerscheinungen auf der Haut zeigten sich andererseits nicht bei Abnahme des Verbandes, auch ergaben Tierversuche, welche die Resorbierbarkeit des Acetons durch die Haut beweisen sollten, ein negatives Resultat. Die Sache bleibt also ziemlich dunkel. Bemerkenswert ist allerdings in hohem Grade, daß hier beim Anlegen jenes Verbandes auf dem bloßen Körper eine Acetonvergiftung zustande kam, und daß diese durchaus dem Bilde des Coma diabeticum entsprach, das Kussmaul ja als „Acetonämie“ bezeichnete. Grätzer.

H. Schulthess (Hottingen). Hämaturie durch Oxalsäure nach Rhabarbergenuß.

(Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte 1903 No. 18.)

Ein 7jähriger Knabe aß eines Mittags etwa 100 g Rhabarbermus. Am Abend schied er blutigen Harn aus, der reichlich Oxalat enthielt. Sonst war er vollständig munter und blieb es auch, Zeichen von Oxalsäurevergiftung stellten sich nicht ein, nur der nächste Morgenharn hatte noch starken Oxalatgehalt, so daß im ganzen in den beiden Harnen ca. 0,217 g Oxalsäure ausgeschieden wurde. Der Junge war stark obstipiert, sonst aber durchaus gesund.

Zweifellos war die Hämaturie die Folge der Nierenreizung durch Oxalsäure gewesen. Rhabarbermus besteht zu $^2/_3$ aus großen Rhabarberstielen, und diese enthalten ca. $1^0/_0$ Oxalsäure; also betrug die Einnahme 0,6 g, wovon $^1/_3$ sich im untersuchten Harn vorfand. Als sehr starke Einzeldosis für Oxalsäure wurde von Hager 0,5 g bezeichnet, 2 g als toxische, 4 g als tötliche. Die Einnahme stand hier also unterhalb des toxischen Schwellenwertes, woraus sich erklärt, daß keine weiteren Intoxikationserscheinungen auftraten. Nur das Ausscheidungsorgan wurde alteriert. Der Junge hatte früher das Gemüse stets vertragen; man könnte da jetzt höchstens eine momentane Idiosynkrasie annehmen, begünstigt vielleicht durch die Obstipation mit Gelegenheit zu reichlicherer Resorption, begründet vielleicht durch einen abnormen Zustand des Harnapparates zur kritischen Zeit, dessen anderweitiger Ausdruck eine 2 Tage vor dem Ereignis einsetzende und noch einige Tage anhaltende Neigung zu Enuresis nocturna war. Jedenfalls mahnt ein solcher Fall zur Vorsicht auch gegenüber „gesunden“ Gemüsen. Grätzer.

Guido Berghinz. Chronische nicht syphilitische Nephritis parenchymatosa, beginnend von den ersten 3 Monaten des Lebens.

(La Pediatria Juni 1903.)

Die urämischen Anfälle begannen, als das Kind 3 Monate alt war; im Alter von einem Jahre kam es in Spitalbehandlung, und es

Digitized by Google

wurden im Urin Eiweiß in Menge, hyaline Zylinder, spärliche Zylinderepithelien, aber kein Blut gefunden.

Das Befinden wechselte, doch wiederholten sich die eklamptischen Anfälle von Zeit zu Zeit. Ein Jahr darauf trat Exitus ein. Die Sektion ergab: Lungentuberkulose und verkäste Bronchialdrüsen; beiderseitige Nephritis parenchymatosa chronica mit zahlreichen Blutinfarcten und Blutextravasaten in der linken Niere. F.

Mensi. Über Nephritis des Neugeborenen und Säuglings.

(Rivista di Clinica Pediatrica, August 1903.)

In 17 Krankengeschichten, die Verf. mitteilt, trat die Nephritis 14mal im Verlauf einer Bronchopneumonie auf, so daß daraus die Folgerung gezogen wird, daß diese eine sehr häufige Ursache der Nierenentzündung abgebe. Die anatomischen Veränderungen, die gefunden wurden, betrafen besonders das Epithel der Rindensubstanz, seltener die Gefäße und die Glomeruli.

Zwischen dem funktionellen Verhalten der Nieren und dem klinischen Symptomenkomplex besteht, besonders in Bezug auf die zirkulatorischen und nervösen Störungen, kein bestimmter konstanter Zusammenhang. Die Prognose der Nephritis hängt von derjenigen der Grundkrankheit ab. Als ein wertvolles therapeutisches Mittel bezeichnet Verf. das Renaden. F.

G. Schmidt. Zwei Fälle subkutaner Nierenquetschung mit günstigem Ausgang.

(Aus der Breslauer chirurg. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 17.)

Der eine Fall betraf ein Kind, einen 8jährigen Knaben, der sich die Verletzung durch Fall auf der Straße beim Spielen zuzog. Er wies die charakteristischen Symptome auf: große Schmerzhaftigkeit bei allen Bewegungen in Verbindung mit Shockerscheinungen nach dem Unfall, daher Unfähigkeit, allein aufzustehen, örtliche Druckempfindlichkeit in der Nierengegend, anfänglich Urinverhaltung, dann mehrere Tage anhaltende Ausscheidung von Blut und Blutgerinnseln.

Therapie: nur Ruhe und Milchdiät. Pat. stand 15 Tage nach dem Trauma auf und wurde 2 Tage darauf geheilt entlassen.

Grätzer.

S. v. Schumacher. Ein Fall von gekreuzter Dystopie der Niere mit Lageveränderungen an den Geschlechtswerkzeugen.

(Aus der II. anatom. Anstalt in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 29.)

Bei dem 2monatlichen weiblichen Kinde fand sich neben interessanten Lageveränderungen am Geschlechtsapparate eine gekreuzte

Digitized by Google

Dystopie der Niere **ohne Verwachsung** der beiden Nieren, eine Veränderung, die bisher nur 4mal in der Literatur verzeichnet ist.

Grätzer.

Lawrence W. Strong. Congenital Tumors of the Kidney.

(Archives of Pediatrics, May 1903.)

Bericht über zwei Originalfälle von angeborenen Nierengeschwülsten nebst Bemerkungen über diese Tumoren im allgemeinen. Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Histologisch sind diese Tumoren dem Wolffschen Körper analog. 2. Ein Röhrensystem durchzieht das gesamte Gewebe dieser Geschwülste. 3. Daneben finden sich Zellmassen, offenbar durch Metamorphose der Röhren entstanden. Letztere sind mesothelialen Ursprungs. 4. Bilaterale Tumoren sind auf eine doppelseitige Anlage, nicht auf Metastase zu beziehen. 5. Metastasen können sowohl durch den Lymphstrom, wie durch den Blutstrom entstehen. 6. Die histologischen Charaktere wechseln je nach dem Alter des betreffenden Teiles. Der Beckenteil des Tumors ist der älteste und zeigt eine vollständige Differenzierung von Mesenchym und Mesothel; dagegen sind die metastatischen Teile jünger und bestehen aus undifferenzierten, durchweg gleichartigen Zellen.

Leo Jacobi (New York).

E. Joseph. Über angeborene bösartige Neubildungen.

(Aus der Heidelberger chirurg. Klinik.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 35.)

Beschreibung zweier interessanter Fälle.

1 $^1/_2$jähriges Kind mit mannsfaustgroßem Tumor der einen Niere, der sich als Mischgeschwulst charakterisiert. Die epithelialen, drüsigen Elemente sind durch den ganzen Tumor verstreut, es finden sich quergestreifte und glatte Muskulatur, Schleim- und Knorpelgewebe, rein sarkomatöse Granulationen; aus diesen letzteren besteht im wesentlichen ein Geschwulstthrombus der Vena renalis. Trotz dieses Thrombus, trotz der sonstigen Bösartigkeit solcher Geschwülste wurde durch die Operation radikale Heilung erzielt; es sind seitdem 1 $^1/_2$ Jahre verflossen, das Kind ist ein kräftiger Knabe, der nirgends eine Spur von einem Rezidiv zeigt. Czerny glaubt, daß Geschwulstzellen unter Umständen zugrunde gehen und so eine gewisse Spontanheilung maligner Tumoren zustande kommen kann.

5 Monate altes Kind mit einem haselnußgroßen, speckig glänzenden Bauchdeckentumor. Es handelte sich vermutlich um einen embryonalen, bösartig degenerierten Tumor. Da er bereits im Alter von 4 Wochen für das Auge der Mutter bemerkbar wurde, wohl unbestritten eine fötale Bösartigkeit. Das Kind überstand die Operation gut und hat bisher kein Rezidiv bekommen.

Grätzer.

Digitized by Google

Erich Meyer. Über Entwicklungsstörungen der Niere.

(Virchows Archiv, Bd. 173, Heft 2, 1903.)

Bei der Sektion eines 9 Wochen alten Mädchens, welches mehrfache Mißbildungen, Gaumenspalte, Uterus bicornis, abnorme Peritonealfaltung, Atresia ani aufwies, fanden sich eigentümlich gefleckt erscheinende Nieren. Die Renculizeichnung, welche man sonst in diesem Alter immer findet, fehlte vollkommen. Mikroskopisch zeigten die Nieren streckenweise vollständig normalen Bau und nirgends Erscheinungen von Degeneration oder Entzündung. An einzelnen Stellen jedoch war ein Gewebe eingestreut, welches gut entwickelte Malpighische Körperchen mit ihrem Gefäßknäuel und Tubuli recti aufwies, in dem aber das Bindeglied zwischen diesen beiden, die Tubuli contorti fehlten. Diesen Befund verwertet Verf. als Stütze für die Ansicht, daß sich das Kanalsystem der Niere aus zwei verschiedenen Anlagen entwickele, eine Ansicht, welche aber bis jetzt die Zustimmung der meisten Anatomen nicht erfahren hat.

M. beschreibt weiter Zystennieren von Kindern (9jähriges Mädchen, 6jähriger Knabe, 11 Monate und 2 Jahre alten Brüdern) und führt ihre Genese auf Entwicklungsstörungen zurück. Zugleich spricht er die Vermutung aus, daß sich aus den in der Entwicklung gehemmten Partien bei Fortbestehen des Lebens echte Tumoren entwickeln können. Schridde (Erlangen).

E. v. Hibler. Vorfall eines zystisch erweiterten Ureters durch Harnblase und Urethra in die Vulva bei einem 6 Wochen alten Mädchen.

(Aus dem patholog.-anatom. Institut Innsbruck.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 17.)

Das Kind war wegen plötzlichen Auftretens eines geschwulstartigen Gebildes in der Vulva in die Kinderklinik gebracht worden. Bis dahin hatte die Mutter nur bemerkt, daß das Kind häufiger Urin lassen mußte, als normal erschien. Es wurde die Diagnose auf zystische Geschwulstbildung, ausgehend von einem vielleicht abnormen Urogenitalgange gestellt. Nach mehrstündigem Bestehen platzte die Zyste unter Entleerung der Flüssigkeit. Da der Zystensack sich nicht in die Urethra und Blase zurückzog, wurde der aus der Urethra heraushängende, nekrotisch gewordene Teil desselben später mittels Schere abgetragen. Das Kind befand sich in den nächsten Tagen wohl, dann aber starb es unter anscheinend urämischen Zuständen.

Die Obduktion ergab, daß es sich bei dem Zystensack um das unterste vorgestülpte Ende eines in seinem Harnblasengebiete atrophisch abgeschlossenen Ureters der linken Niere handelte, und daß diese Niere außerdem noch mit einem zweiten, offen in die Harnblase mündenden Urether ausgestattet war. Mehr noch wie dieser erschien der Ureter der rechten Niere hydronephrotisch erweitert. In der Harnblase Erscheinungen hämorrhagisch-eitriger Cystitis, die sich in die hydronephrotischen Ureteren hinauf fortsetzten. Grätzer.

Digitized by Google

W. Roshansky. Zur Behandlung der angeborenen Phimose.

(Medizinskoje Obosrenije 1903, No. 7.)

R. empfiehlt eine unblutige, einfache und schmerzlose Behandlungsmethode der kongenitalen Phimose, welche ebensolche günstige Dauerresultate erzielen soll, wie das operative Verfahren. Seine Methode besteht darin, daß der Vorhautsack täglich mit irgend einem schwachen Desinfiziens, am häufigsten mit einer 2 $^0/_0$ igen Borsäurelösung von Zimmertemperatur, ausgespritzt wird. Treten an der Vorhaut oder an der Harnröhrenmündung Reizerscheinungen — Schwellung und Rötung — auf, so ersetzt man die Borsäure durch Bleiwasser. Gewöhnlich macht diese Spülung die Mutter des Kindes selbst, und zwar 2—3 mal täglich, mit Hilfe einer einfachen, kugelförmigen, etwa 15 g haltenden Gummispritze. Die Vorhaut wird hierbei ein wenig über den Ansatz der Spritze geschoben, und die Spülung ist als gelungen zu betrachten, wenn beim Entleeren der Spritze die Vorhaut sich kolbenförmig aufbläht. Die Erscheinungen der Harnverhaltung verschwinden bereits im Laufe der ersten Behandlungswoche, und nach 2—3 Wochen ist die Vorhaut dermaßen gedehnt, daß sie mühelos fast über die ganze Eichel zurückgezogen werden kann. Dann werden die epithelialen Verklebungen zwischen Vorhaut und Eichel vermittels einer stumpfen Sonde gelöst und der Sulcus retroglandularis von dem angesammelten Smegma gesäubert.

Die im Laufe von 1—1 $^1/_2$ Wochen anzuschließende Nachbehandlung besteht bloß darin, daß täglich die Vorhaut zurückgeschoben und daß die Eichel und der Sulcus retroglandularis abgespült und mit in Borsäurelösung getränkter Watte abgetupft wird, wodurch das Wiederauftreten der epithelialen Verklebungen verhindert und gleichzeitig die mechanische Dehnung der Vorhaut fortgesetzt wird.

A. Dworetzky (Moskau).

L. Bartenstein. Ein Fall von Retentio urinae bei einem 10 Monate alten, weiblichen, imbecillen Säuglinge mit periproktitischem Abszeß.

(Aus der Univers.-Kinderklinik zu Breslau.)

(Monatsschrift für Kinderheilkunde, November 1902).

Die Retentio urinae konnte hier nicht auf rein mechanischem Wege erklärt werden. Denn man kann sich nicht vorstellen, daß ein Abszeß, der im Cavum ischio-rectale, zwischen Rektum und den Beckenknochen liegt, eine Abknickung oder Einstülpung der Blase bewirken kann, so daß es zum vollkommenen Verschluß der inneren Harnröhrenmündung kommt, zumal dazwischen Rektum und Uterus liegt. Bei der ersten Palpation per rectum wurde ein Abszeß oder größere Infiltration nicht vorgefunden. Selbst bei starker Füllung des Rektums mit harten Kotmassen dürfte die mechanische Erklärung eine gezwungene bleiben; denn mit Entleerung des Rektums hätte dann die den Druck auf die Blase vermittelnde Ursache wegfallen und die spontane Urinentleerung auftreten müssen. Aber sogar nach

Digitized by Google

Eröffnung des Abszesses trat 16 Stunden lang noch keine willkürliche Miktion ein. Die Ursachen müssen vielmehr in den topographisch-anatomischen Verhältnissen liegen, indem es nahe liegt anzunehmen, daß entzündliche Prozesse (wie hier die Periproktitis) im Cavum ischiorectale eine Reizung der sensiblen Fasern des den Sphincter vesicae versorgenden Ramus hämorrhoidal. infer. setzen und so reflektorisch einen Spasmus des Muskels bewirken, der noch eine Zeitlang nach Entleerung des Abszesses bestehen bleibt, weil die Reizung nicht durch den mechanischen Druck, sondern durch entzündliche Prozesse in der Umgebung der Nerven bedingt ist. Als förderndes Moment mag noch die Obstipation mit Ansammlung von festen Kotmassen im Rektum in Betracht zu ziehen sein, indem bei beträchtlicher Füllung der Blase durch den Druck des gefüllten Rektums eine Einstülpung oder Abknickung am Blasenhalse dazutreten und noch ein mechanisches Hindernis für das Abfließen des Urins setzen kann. Doch gehört dazu wahrscheinlich schon eine so erhebliche Füllung der Blase, wie sie normalerweise gar nicht vorkommt, sondern nur unter einem von Nerven aus bedingten Spasmus des Sphinkters oder einer anderen mechanischen Ursache.

Ätiologisch verantwortlich für den periproktitischen Abszeß selbst macht B. eine Verletzung der Rektalschleimhaut, hervorgerufen durch den häufigen Gebrauch einer Klystierspritze mit hartem Ansatzrohr. Eine Verletzung war hier, bei dem imbezillen Kinde mit herabgesetzter Schmerzempfindung, besonders leicht möglich. Grätzer.

Jos. Preindlsberger. Urologische Mitteilungen.

(Aus dem bosnisch-herzegovin. Landesspital in Sarajevo.)

(Wiener klin. Rundschau 1903 No. 3.)

I. Ruptura urethrae; infiltratio urinosa. Sectio alta. Katheterismus posterior. Betraf einen 12jährigen Knaben, der in einen offenen Kanal auf ein querstehendes Wasserleitungsrohr rittlings mit der Dammgegend gefallen war.

II. Cystitis tuberculosa vesicae. Sectio alta. Bei dem 14jährigen Mädchen wurde durch die Operation wenigstens wesentliche Besserung erzielt.

III. Ein Fall von Schrumpfblase. Sectio alta. Hochgradige Schrumpfblase bei einem 16jährigen Knaben, wahrscheinlich auch durch Lithiasis bedingter Pericystitis beruhend. Der als ultimo ratio ausgeführte operative Eingriff, die Sectio alta mit Anlegung einer Blasenfistel, hatte wesentliche Erleichterung des qualvollen Zustandes zur Folge. Grätzer.

J. Leopold and **V. Levi.** A case of selz-induced Cystitis due to the Colon Bacillus.

(Archives of Pediatrics, Mai 1903.)

In einem Fall von akuter Cystitis bei einem 14jährigen Knaben fand man im Urin nahezu Reinkulturen des Bacillus coli, neben

Digitized by Google

saprophytischen Kokken und dem Bacillus subtilis. Nach Genesung verschwanden diese Mikroorganismen aus dem Harn.

Später gab der Knabe zu, daß er onaniert, und erzählte, wie er sich 2 Tage vor seiner Erkrankung mit einer langen Klystierspritze etwas Badewasser direkt in die Blase eingespritzt hatte!

Zwei weitere Fälle von Colicystitis bei Erwachsenen finden Erwähnung. Die Infektion kann von außen durch die Urethra stattfinden, was öfters bei Frauen vorkommen mag; es kann aber der betreffende Erreger durch die Niere in die Blase geraten, oder auch per continuitatem aus dem Darm einwandern.

Leo Jakobi (New York).

Olimpio Cozzolino u. **Pasquale Pezzulo.** Über den Hirndruck beim Säugling während des Erbrechens.

(La Pediatria, No. 4, 1903.)

Bei zwei an Gastroenteritis leidenden Säuglingen haben Verff. mittels eines von ihnen konstruierten Apparates, der eine Modifikation des Marrayschen Sphygmographen darstellt und auf die Stirnfontanelle aufgesetzt wird, der Hirndruck während des Erbrechens geprüft. Die Resultate sind in Gestalt graphischer Kurven der Arbeit beigefügt. Es geht aus ihnen als Hauptsache, hervor, daß während des ganzen Brechaktes eine erhebliche Vermehrung des Hirndruckes vorhanden ist.

F.

David L. Edsall. Recurrent Vomiting in Children.

(American Journal of the Medical Sciences, April 1903.)

Verf. polemisiert mit Marfan, welcher das zyklische Erbrechen bei Kindern auf eine bestehende Acetonämie beziehen möchte. Dagegen betont E., daß Aceton allein die toxischen Erscheinungen keineswegs verursachen kann, vielmehr beruht der eigentümliche Zustand auf einer Säureintoxikation. Daraus ergibt sich eine rationelle Therapie, nämlich Alkalien in großen Dosen. Man gebe Natrium bicarbonicum oder citricum, wenigstens 6,0 in abgeteilten Dosen beim ersten Zeichen des drohenden Anfalls. Es soll genug Alkali verabreicht werden, um den Harn alkalisch zu machen; das Mittel wird dann fortgesetzt bis zum Verschwinden aller Symptome. Sehr große Dosen (4,0 3mal täglich) haben sich ebenfalls bewährt, jedoch sind geringere Mengen bei häufiger Darreichung wohl sicherer.

Allerdings gibt Verf. zu, daß neben der Säurevergiftung auch anderweitige Momente gelegentlich das zyklische Erbrechen bedingen können, immerhin empfiehlt sich stets ein Versuch mit den Alkalien.

Leo Jakobi (New York).

Digitized by Google

Valagussa. Beitrag zum Studium des zyklischen Erbrechens bei den Kindern.

(Policlinico No. 12 1902.)

Zyklisches Erbrechen kommt bei Kindern vor, die durch Heredität zur harnsauren Diathese veranlagt sind. Es handelt sich um ein Symptom einer Stoffwechselerkrankung, das an und für sich mit einer Erkrankung des Verdauungstraktus nichts zu tun hat, und das auf einer Intoxikation des Nervensystems beruht. Das Erbrechen läßt sich beseitigen durch vegetarianische Diät, besonders durch reichliche Zufuhr von frischen Gemüsen; ferner ist der Stuhlgang zu regeln, alkalische Wässer, Piperazin usw. zu verordnen. Während des Anfalls Ruhe, kalte Einpackungen, Klystiere mit Natr. bicarbon.

F.

J. Jarcho. Über harnsaure Diathese bei Kindern.

(Djetskaja Medizina 1902 No. 2.)

Verf. teilt zehn ausführliche Krankengeschichten mit, welche die ätiologischen Momente für das Auftreten der viskeralen und Gelenkgicht bei Kindern, die verschiedenen Erscheinungsformen der harnsauren Diathese im Kindesalter, ihren Verlauf und die Mittel zu ihrer Bekämpfung darlegen. J. ist der Ansicht, daß bei Kindern die Bedingungen für die Entwicklung dieser Diathese bei weitem zahlreicher sind, als bei Erwachsenen. Die Stoffwechselvorgänge spielen sich im kindlichen Organismus viel schneller ab, während auf 1 kg Körpergewicht beim Erwachsenen 0,5 Harnstoff kommt, wird bei Kindern 0,8 g gefunden. Folglich ist für die Umsetzung der Eiweißkörper in Harnstoff mehr Sauerstoff erforderlich. Nichtsdestoweniger kann man es häufig genug in den wohlhabenderen Familien beobachten, wie die Kinder mit eiweißreicher Nahrung unter Vernachlässigung der Amylaceen geradezu überfüttert werden, während ihnen der ausreichende Genuß von frischer Luft versagt bleibt. Ungeachtet dessen, daß bei überwiegender Eiweißkost mehr Sauerstoff vom Organismus verbraucht wird, der Aufenthalt im Freien ein ausgedehnterer sein müßte, werden nicht selten die kleineren Kinder aus Furcht vor Erkältung oder vor Ansteckung mit Infektionskrankheiten nur sehr wenig spazieren geführt; die im schulpflichtigen Alter befindlichen Kinder verbringen etwa 6 Stunden in den dumpfen Klassenzimmern, die übrige Zeit beim Bereiten der Schulaufgaben und nachts in dem ungenügend ventilierten Schlafzimmer. Dazu kommt noch, daß die Kinder sehr häufig an adenoiden Vegetationen und an chronischer Rhinitis leiden, welche ebenfalls den Sauerstoffzutritt zu den Lungen erschweren. Unter solchen Bedingungen kann der Überschuß der aus den aufgenommenen Eiweißkörpern sich bildenden Harnsäure sich nicht bis zum Endstadium, d. h. zu Harnstoff oxydieren. Als ein weiteres ursächliches Moment für das Auftreten der Gicht im Kindesalter kommt die Erblichkeit in Betracht.

Was die Behandlung des in Rede stehenden Leidens betrifft, so

Digitized by Google

empfiehlt Autor vor allem folgendes Regime. Bis zu einem Alter von 3 Jahren dürfen Fleischspeisen überhaupt nicht gereicht werden; im spätern Alter ist gemischte Nahrung zu verabfolgen: etwas Fleisch (einmal täglich), Eier, Milch, Amylaceen, Früchte und Gemüse. Aufenthalt im Freien, genügender Zutritt von frischer Luft und Bewegungsspiele sind unbedingt erforderlich. Als fernere therapeutische Maßnahmen sind anzuraten: Entfernung der adenoiden Vegetationen, Hydrotherapie (Abreibungen und Bäder), Mineralwasserkuren und von Arzneimitteln Lithium carbonicum, Piperazin und Sidonal.

A. Dworetzky (Moskau).

R. Thierfeld. Über Lithiasis bei Kindern.

(Aus Prof. C. Bayers Abteilung am Kaiser Franz Joseph-Kinderspital in Prag.)

(Prager med. Wochenschrift 1903 No. 35.)

Von 1888—1902 gelangten 30 Fälle von Urolithiasis zur Aufnahme. Davon wurden 18 durch Sectio alta operiert, in 6 Fällen gelang es, den Stein mit einer Pinzette oder anderen Instrumenten zu extrahieren, 2mal war Sectio alta und Sectio mediana notwendig, 2mal wurde die Lithotripsie angewendet, 2 Fälle wurden durch interne Medikation, verbunden mit Kathetrisement, geheilt bezw. ging der Stein spontan ab. Einmal hatte sich der Stein bei einem Mädchen um eine Haarnadel gebildet, die übrigen Fälle betrafen Knaben. Ausgeführt wurde der hohe Blasenschnitt folgendermaßen:

Es wurde die Haut mit einem Schnitte, der oberhalb der Symphyse begann und ca. 6 cm lang war, in der Mittellinie durchtrennt. Hierauf praeparando Fascie und Musc. rect. gespalten, das prävesikale Fettgewebe im Cav. Retzii soweit als nötig hinaufgeschoben. Sodann wurde die durch zwei Nähte fixierte Blase zwischen denselben durchtrennt. Nach Entfernung des Steines wurde die Blase in der Regel nach Art der Lambertschen Darmnaht geschlossen und außerdem noch wenige Versicherungsnähte angebracht. Die Dichtigkeit der Naht wurde durch Borwasserinjektion geprüft. Hierauf folgte nach Einlegung eines Jodoformdochtes und Herausleitung zum unteren Wundwinkel (mit oder ohne Drain, je nach der Tiefe der prävesikalen Wundhöhle) regelmäßig auch die Naht der M. recti und der Haut.

Dieses Operationsverfahren erwies sich als vollständig zulänglich, denn von allen Fällen, die zur Sectio alta kamen, ging keiner verloren. Wohl kann es einigemal zur Lockerung der Blasennaht, Ausfließen des Urins aus der Wunde und Fistelbildung, doch hatten diese Umstände, von der längeren Heilungsdauer abgesehen, sonst keine üblen Folgen. In diesen Fällen wurde dann erst ein Verweilkatheter eingelegt, wenn durch die Fistel der meiste Urin abging. Als Verband bewährten sich dann stets fleißig gewechselte Kompressen mit essigsaurer Tonerde.

Neben den oben genannten nicht ganz tadellos verlaufenden Fällen (3mal Fistelbildung, 6mal Ausfließen des Harnes zur Bauch-

Digitized by Google

wunde) wurden erzielt acht glatte Heilungen, in welchen Fällen die Kinder wenige Tage post operationem das Spital verließen.

Grätzer.

Karl Walko. Über die Behandlung der Enuresis.

(Aus der med. Klinik des Prof. R. v. Jaksch in Prag.)

(Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, Bd. 6, Heft 6, 1902.)

Verf. sieht in dem Umstande, daß selbst eine von frühester Jugend und bis weit über die Pubertätszeit hinausreichende Enuresis geheilt, und zwar durch Maßnahmen geheilt werden kann, deren Effekt wohl ausschließlich auf eine suggestive Beeinflussung zurückzuführen ist, einen Beweis dafür, daß es sich bei dieser Krankheit nur um eine Hemmungserscheinung psychischer Natur eines an sich normal entwickelten Organs und nicht um Entwicklungsstörung oder Muskelschwäche handelt.

Die Auffassung von Thiemich, daß die Enuresis als eine Erscheinungsform der Hysterie anzusehen sei, ist nach W. sicher nur für einen Teil der Fälle — für die Individuen neuropathischer Abstammung berechtigt.

Von diesen Gesichtspunkten und auch von praktischen therapeutischen Erfahrungen ausgehend, verwirft Verf. jede medikamentöse Therapie, sieht aber die anderen Behandlungsmethoden (Faradisation, Massage, Hydrotherapie) als gleichwertig an, die alle geeignet sind, die Enuresis, dieses durch verschiedene akzidentelle Ursachen eingetretene Hemmungsphänomen eines an sich früher normal funktionierenden Organs durch Beseitigung einer Ausfallserscheinung auf dem Wege der Suggestion zu beheben. Auch die Erfolge der Entfernung von adenoiden Vegetationen aus der Nase werden von W. nur als Suggestionswirkungen betrachtet. Bezüglich der Wirksamkeit des faradischen Stromes hat sich schon vor Jahrzehnten Henoch in ähnlichem Sinne geäußert. Bei der Massage spricht der Umstand für eine Wirkung auf suggestivem Wege, daß der Erfolg sich nicht nur verhältnismäßig rasch einstellt, sondern daß auch im Verlaufe vernachlässigterer Fälle zuerst der Harndurchbruch bei Tage sistiert und erst später während der Nacht.

Durch die Suggestion muß die Beseitigung einer Ausfallerscheinung um so leichter gelingen, als nach Bernheim die Hypnose sowohl eine Steigerung der ideomotorischen als der ideosensitiven und ideosensoriellen Reflexerregbarkeit im Gefolge hat.

Eschle (Sinsheim).

G. Kapsammer. Über Enuresis und ihre Behandlung mittelst epiduraler Injektionen.

(Aus der Abteilung für Krankheiten der Harnorgane der Wiener Allgem. Poliklinik.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 29 u. 30.)

Cathelin gab 1901 eine neue Methode zur Heilung der Enuresis an: die epiduralen Injektionen. Die Cornua coccygea des Kreuzbeins

Digitized by Google

bezeichnen die Linie, in deren Mitte die membrana obturatoria durchstochen wird; dringt man hier mit der Nadel in den Kreuzbeinkanal vor, so findet die Injektion auf die Wurzeln der cauda equina statt, ohne daß der Duralsack eröffnet wird.

K. hat diese Methode bei 37 Fällen rein neuropatischer Enuresis nachgeprüft, bei 25 davon zu Ende geführt. Sämtliche 25 Fälle sind geheilt. Es wurden je nach dem Alter der Kinder 3—6 ccm $^1/_2$ %-iger Kokainlösung (manchmal nur $^1/_4$ %iger) injiziert, später nur physiol. Kochsalzlösung (3—8 ccm). 8 Pat. waren schon nach der ersten Injektion geheilt, vier nach der zweiten Injektion, die übrigen nach mehreren. Etwa die Hälfte war mit Kokain-, die andere mit physiol. Kochsalzlösung behandelt worden; ein Unterschied zeigte sich nicht. Es handelt sich jedenfalls um eine Chocwirkung auf die cauda equina. Durch das Trauma auf die Bahnen der Sakralnerven, welche den Nervus erigens enthalten, wird reflektorisch der zentrale Tonus des Sphincter internus wieder hergestellt oder verstärkt.

Sämtliche Injektionen (über 300) wurden ambulatorisch gemacht; außer in zwei Fällen ganz vorübergehendes Erbrechen nach den Injektionen zeigten sich keinerlei Nebenwirkungen. Es handelt sich also um eine ganz ungefährliche Methode, die in Fällen, denen wir bisher ziemlich machtlos gegenüber standen, Heilung brachte. Sie verdient also recht wohl Interesse.

Grätzer.

John Zahorsky. A Contribution to the therapy of Enuresis.

(Interstate medical Journal, X, No. 7, 1903.)

Verf. betont den zerebralen, ursächlichen Faktor bei der Enuresis nocturna. Es handelt sich nämlich sehr häufig um eine ungenügende zentrale Hemmung. Von diesem Gesichtspunkt ausgehend, verfolgt eine rationelle Therapie die Anregung der mangelhaften Hemmungsfunktion, neben den hergebrachten mehr lokalen Maßnahmen.

Verf. skizziert seine eigene Methode wie folgt:

1. Zweimal täglich, um 9 Uhr morgens und um 2 Uhr nachmittags, wird ein Diureticum verabreicht. Als solches verschreibt er die alkalischen Citrate mit Spiritus aetheris nitrosi, oder auch Koffein, Diuretin, sowie Natrium benzoicum.

2. Vor dem Schlafengehen wird eine Dosis Atropin verordnet. Statt Atropin kann auch Rhus aromaticum oder Antipyrin angewandt werden.

3. Kalte Rückendouchen nach Pendergast. Dabei steht das entblößte Kind in der leeren Badewanne, während man ihm kaltes Wasser über die Schultern auf den Rücken gießt. Dies wird am Besten vor dem Schlafengehen vorgenommen, das Kind hernach abgerieben und ins Bett gebracht.

Mit diesen Maßnahmen hat Verf. gute Erfolge gehabt.

Leo Jakobi (New York).


Digitized by Google

A. Kantorowicz. Zur Kasuistik der Heilung der Enuresis nocturna durch Entfernung adenoider Vegetationen.

(Prakitschewsky Wratsch 1902 No. 40.)

Wegen der Hartnäckigkeit des Leidens, wie auch wegen des durch die Behandlung erzielten glänzenden Resultates verdient der vom Verf. mitgeteilte Fall einige Beachtung. Der 12jährige Knabe litt seit 6 Jahren an Bettnässen, welches sich im Laufe dieser ganzen Zeit Nacht für Nacht zu mehreren Malen wiederholte. Weder pädagogische Maßnahmen noch irgendwelche ärztliche Anordnungen konnten Abhilfe schaffen. Der Knabe ist für seine Jahre gut entwickelt, hereditär nicht belastet; von seiten der inneren Organe sind keine pathologischen Veränderungen zu konstatieren. Der Sexualapparat ist völlig normal. Keine Helminthiasis. Bei der Untersuchung des Nasenrachenraumes wurden sehr bedeutende adenoide Vegetationen gefunden. Da das Kind jedoch durch die Nase auch bei geschlossenem Munde recht frei atmete, so beschränkte sich der Autor vorläufig auf die Verordnung von Extr. fl. Pischi, welches indessen erfolglos blieb, da der Kranke nach wie vor jede Nacht 2—3 Male das Bett näßte. Da entschloß sich K. zur Entfernung der adenoiden Vegetationen, was er auch in vier Sitzungen ausführte; die Wucherungen waren in beträchtlicher Menge vorhanden, von derber, fast knorpelharter Konsistenz. Gleich nach der ersten Sitzung erklärte die Mutter, daß der Knabe im Laufe von drei Tagen bloß ein einziges Mal das Bett genäßt habe, was früher nie vorgekommen sei; nach der zweiten Sitzung verschwand die Enuresis vollständig. Gegenwärtig sind bereits drei Monate nach der Entfernung der Vegetationen verschwunden, der Knabe befindet sich die ganze Zeit in ärztlicher Kontrolle, und das nächtliche Bettnässen ist niemals wieder aufgetreten.

A. Dworetzky (Moskau).

W. F. Chapell. A case of Adenoids with Malaria.

(Medical Record, den 21. März 1903.)

Ein 5monatliches Mädchen wurde wegen adenoiden Vegetationen operiert und zehn kleine Gewebsmassen ohne Narkose entfernt. Zwei Wochen hinterher trat Fieber auf, dessen Ursache unaufgeklärt blieb und welches zu Verdacht auf post-operative Infektion führte, bis eine genauere Anamnese Malaria wahrscheinlich machte. Tatsächlich fanden sich Plasmodien des Tertiantyphus im Blut, und nun wurde zu Chinindarreichungen geschritten. Erst bekam das Kind etwa 0,3 Chininum bisulphuricum täglich; alsbald ging man zu größeren Dosen über, bis 1,2 täglich; die Gesamtmenge innerhalb 21 Tagen betrug endlich 15 g. Das Kind genas vollständig. Die enormen Chinindosen wurden gut vertragen.

Leo Jakobi (New York).

Digitized by Google

Jörgen Möller. Bemerkungen über die seitlichen adenoiden Vegetationen im Nasenrachen nebst Beschreibung eines neuen Instrumentes für deren Entfernung.

(Aus der oto-laryngol. Klinik des Kommune-Hospitals zu Kopenhagen.)

(Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 57, No. 3 u. 4.)

Es ist eine alte Streitfrage, ob die adenoiden Vegetationen auf die eigentliche Rachentonsille begrenzt sind oder ob sie auch an anderen Stellen, namentlich in den Rosenmüllerschen Gruben und an den Tubenwülsten auftreten können. Hauptvertreter der ersteren Anschaung war der verstorbene Trautmann; die Mehrheit der Autoren hat sich ihm aber nicht angeschlossen. In der Mygindsschen Klinik wurden während des letzten Jahres neun Fälle von seitlichen Vegetationen (unter 200) beobachtet, von denen acht Fälle zur Operation kamen. Doch sind sicherlich hierbei noch manche Fälle übersehen worden; denn in der Privatklientel von Myginds waren unter 120 adenoiden Vegetationen elf Fälle seitliche Wucherungen. Dieselben machen meist erhebliche Beschwerden, Nasenverstopfung und Schwerhörigkeit, zeigen auch wenig Tendenz zur Schrumpfung. Sie entgehen leicht einer flüchtigen Untersuchung; erst durch genaues Abtasten mit dem Finger gelingt es oft, die Diagnose zu stellen.

Die Behandlung besteht in der Abtragung der seitlichen Vegetationen. Zu diesem Zwecke hat M. besondere Adenotome konstruiert, eins für die rechte und eins für die linke Seite. Dieselben ähneln dem bekannten Beckmannschen Messer, sind aber schmäler und im stumpfen Winkel seitwärts abgebogen.

Referent macht darauf aufmerksam, daß sich die seitlichen Wucherungen verhältnismäßig leicht durch den Rhinoscopia anterior auffinden lassen, nachdem man die unteren Nasenmuscheln durch Kokain oder Adrenalin zum Abschwellen gebracht hat, und daß sie alsdann mit der vorn eingeführten Schlinge unter Leitung des Auges gut zu entfernen sind.

Krebs (Hildesheim).

J. F. Dickson. Adenoids and their Treatment.

(Pediatrics, June 1903.)

Unter den zahlreichen üblen Folgen der adenoiden Wucherungen hebt Verf. besonders die Gehörstörungen hervor. Man darf bestimmt behaupten, daß etwa 70% aller Ohrenleiden im Kindesalter davon herrühren. Viele Taubstummen sind es infolge von adenoiden Vegetationen geworden.

Die Erscheinungen, welche auf solche Wucherungen hindeuten, sind: verstopfte Nase, erschwertes, schnarchendes Atmen, Offenhalten des Mundes, Kopfschmerzen, Nasenstimme, und ein eigentümlicher Gesichtsausdruck.

Ätiologisch spielen häufige Erkältungen, Keuchhusten, Skrofulose, Masern u. a. m. eine Rolle. Auch die Heredität scheint nicht ohne Einfluß zu sein.

Die Behandlung soll meist eine operative sein, doch kommt man

Digitized by Google

in leichten Fällen mit Spülungen, lokaler Anwendung von Tanninglyzerin und innerem Gebrauch von Syrupus Ferri Jodati zum Ziel. Unter den zahlreichen empfohlenen Instrumenten findet die Löwenbergsche Zange beim Verf. noch die größte Nachsicht. Nahezu alle Operateure gebrauchen den Finger, einige armieren ihn sogar mit einem Stahlnagel, was sehr zu bedauern sei. Gottsteins Kurette hat sich in den Händen des Verf. nicht bewährt.

Die Narkose ist unentbehrlich und Äther dem Chloroform vorzuziehen.

In der Regel bleiben Rezidive aus und das Endresultat gestaltet sich höchst befriedigend.

Leo Jakobi (New York).

L. Katz (Berlin). Ein modifiziertes Ringmesser („knieförmiges Adenotom“) mit einigen Bemerkungen.

(Therap. Monatshefte 1903 No. 7.)

Bei kleineren Kindern (1—3jährig) ist das Gottstein-Beckmannsche Ringmesser mit Recht beliebt. Bei älteren Kindern (und Erwachsenen) aber gelingt es oft nicht, das Instrument bis an die Basis der Rachentonsille ohne erhebliche Verletzungen heraufzubringen. Das liegt an der gestreckten Form des Stieles und des Griffes des Instrumentes. K. hat — durch eine entsprechende Krümmung und Verlängerung des Instrumentes und eine etwas modifizierte Stellung des schneidenden Teiles des Ringes — in solchen Fällen leicht das Instrument (H. Windler, Berlin) an Ort und Stelle bringen und den Tumor an der Basis durchschneiden können.

K. operiert mit ganz scharfen Instrumenten. Zurückgebliebene Reste entfernt er mit einer langen Cooperschen Schere, wie sie die Gynäkologen gebrauchen. Die Narkose wendet er nur sehr selten an, nur bei sehr widerspenstigen Kindern, wenn genügende Assistenz fehlt.

Grätzer.

Adolph H. Urban. Hemmorrhage following Tonsillotomy.

(American Medicine, den 4. Juli 1903.)

Gefährliche Blutungen nach Entfernung der Mandeln kommen meist bei Erwachsenen vor. Im Kindesalter sieht man selten bedenkliche Blutungen nach lege artis vollzogener Operation. Immerhin sei man auf alles gefaßt, wie der von U. berichtete Fall lehrt. Die Nachblutung trat hier bei dem 7 Jahre alten Knaben erst am nächsten Tage nach der Operation auf, war aber so profus, daß der Pat. eben am Verblutungstode vorbeikam, indem die blutende Tonsille mittels des Paquelin berührt wurde; die Blutung hörte sofort auf.

Leo Jakobi (New York).

Digitized by Google

A. Fischer. Stillung größerer nach Tonsillotomie auftretender Blutungen.

(Budapesti orvosi ujság 1903 No. 11.)

Die Anwendung des Glüheisens, lokale Kompression, Styptica, Unterbindung der Carotis externa oder communis sind oft erfolglos oder bilden überaus komplizierte Eingriffe. F. versuchte die Umstechung der blutenden Fläche mit beiden Gaumenbögen und ist mit dem Erfolge zufrieden. Der Versuch wurde bei einem 8jährigen Knaben gemacht.

Ernö Deutsch (Budapest).

E. Bloch. Der hohe Gaumen.

(Aus der Universitäts-Ohrenklinik in Freiburg i. Br.)

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde, XL, IV. 1.)

Prof. B., der die Frage nach den Beziehungen der ungewöhnlich hohen Form des harten Gaumens bei habitueller Mundatmung schon lange bearbeitet, faßt die Ergebnisse seiner neuesten Studien in folgende Schlußsätze zusammen:

1. Der hohe Gaumen der Autoren ist ein durch Schätzung nach dem Augenmaß entstandener Begriff.

2. Mit dem Siebenmannschen Instrumente gemessen, hat er bei Erwachsenen einen Höhenbreitenindex von > 58,0, bei Kindern von > 50,0.

3. Bei habitueller Mundatmung von Jugend auf zeigt der Gaumen Erwachsener einen durchschnittlichen Index von 64,2, während der durchschnittliche Gaumenindex erwachsener Nasenatmer nur 53,0 beträgt. Der Gaumen besitzt also bei der habituellen Mundatmung eine beträchtlich größere Höhe, als bei normal Atmenden.

4. Kinder mit Mundatmung haben ebenfalls einen höheren Gaumen als solche mit normaler Atmung, doch ist der Unterschied noch nicht so ausgesprochen wie bei Erwachsenen.

5. Im Zahnwechsel Stehende zeigen diesen Unterschied deutlicher als Kinder (mit den Milchzähnen), aber noch nicht so stark ausgeprägt als Erwachsene.

6. Ein Zusammenhang zwischen Gesichtsschädelform und der Gaumenhöhe ist aus der Vergleichung eines größeren statistischen Materials zu ermitteln. Schmalgesichter haben durchschnittlich einen höheren Gaumenindex als Breitgesichter.

7. Der hohe Gaumen bei Mundatmung ist aber nicht durch sein Zusammentreffen mit Leptoprosopie zu erklären.

8. Die chamäprosopen Mundatmer haben einen höheren Gaumen als die leptoprosopen Nasenatmer.

9. Mit zunehmendem Wachstum von der Kindheit bis zur völligen Reife wird der Mensch mehr leptoprosop.

10. Die Beobachtungen bei doppelseitigem, angeborenem Choanalverschluß und bei einseitigem mit Mundatmung sprechen ebenfalls zugunsten des Einflusses der letzteren auf die Entwicklung des hohen Gaumens.

Digitized by Google

11. Es ist möglich, daß in adenoiden Familien bei einzelnen Gliedern die Leptoprosopie allein forterbt ohne stärkere Wucherung des lymphatischen Rachenringes. Krebs (Hildesheim).

Liebmann. Stotternde Kinder.

(Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagog. Psychologie und Physiologie, Bd. VI, Heft 2.)

Nach der Ansicht L.s bildet den primären Kern des Stotterns die Übertreibung des konsonantischen Elementes der Sprache, zu dem nicht nur die eigentlichen Konsonanten gehören, sondern auch der Verschlußlaut der Stimmbänder (der spiritus lenis der Griechen), der die in der Schrift mit einem Vokal anlaufenden Worte beginnt. Diese Übertreibung der Konsonanten i. w. S. kann in einer zu langen Dauer (z. B. b—ade sog. tonisches Stottern) oder in einer mehrmaligen Wiederholung (z. B. bbbade sog. klonisches Stottern) bestehen. Die Übertreibung der Konsonanten wird auf Grund einer ererbten oder erworbenen nervösen Disposition durch verschiedene Schädlichkeiten (besonders durch Infektionskrankheiten, Kopfverletzungen, schwerer Fall, Schreck, psychische Ansteckung) hervorgerufen. Im Anfange des Übels finden nur unwillkürliche inkoordinierte Sprachstörungen statt, die durch Übertreibung der Konsonanten eine leichte Unterbrechung der Kontinuität der Rede herbeiführen.

Diese leichten Häsitationen fallen der Umgebung auf. Man macht die Kinder darauf aufmerksam, man tadelt und verspottet sie, man schilt, droht und schlägt, man eröffnet ihnen die traurigsten Perspektiven ihrer Zukunft. Meist werden Übungen veranstaltet, gestotterte Worte müssen wiederholt werden. Man findet schwierige Laute heraus, weist den Stotterer auf diese hin und übt sie immer wieder. Durch dieses Verhalten der Umgebung bekommt der Stotterer vor dem Sprechen die größte Furcht. Er verfolgt die Aussprache jedes Wortes, besonders der schwierigen Laute mit peinlicher Angst. Die anfänglich schwachen, unwillkürlichen, inkoordinierten Sprachbewegungen werden durch die Angst bedeutend verstärkt. Auch die Atmung wird durch die Angst frequent und unregelmäßig.

Bis hierher sind alle die falschen Atmungs- und Sprechbewegungen des Stotterers durchaus unwillkürlich. Nunmehr treten auch willkürliche hinzu. „Man weist nämlich den Stotterer an, tief Atem zu holen, den Atem herauszustoßen oder zurückzuhalten.“ Die Umgebung behauptet, der Stotterer müsse sich „mehr Mühe geben“ namentlich bei den „schwierigen“ Lauten; dann werde es schon gehen. Durch diese unsachgemäßen Verordnungen werden zu den anfänglich nur unwillkürlichen, inkoordinierten Atmungs- und Sprachbewegungen auch noch willkürliche hinzugefügt. Durch das Hinzutreten der willkürlichen falschen Atmungs- und Sprechbewegungen wird die Sprache des armen Pat. immer schlechter. Seine Angst vor dem Sprechen, seine Furcht vor bestimmten Lauten wird immer größer. Es ist nun für das Stottern außerordentlich charakteristisch, daß das Übel in seiner Intensität außerordentlich wechselt. Ein Stotterer spricht bei

Digitized by Google

gewissen Gelegenheiten völlig fließend, bei anderen leicht stotternd, dann wieder kann er überhaupt kein Wort herausbringen. Um diese eigentümliche Erscheinung zu verstehen, muß man sich vergegenwärtigen, daß der Stotterer nervös ist, d. h. sein Nervensystem in abnormer Weise auf Reize reagiert, die für gesunde Menschen von geringem Belang sind. Selbst leichtes körperliches Unwohlsein kann auf die Sprache des Stotterers stark verschlimmernd wirken.

Vor allem aber sind es psychische Momente — Gemütsdepression, Aufregung, Angst vor fremden Personen, Lehrern — welche die Sprache des Stotterers beeinflussen. Beachtenswert ist, daß selbst hochgradige Stotterer, wenn sie allein sind, fließend sprechen können.

Die Prophylaxe hat alle diejenigen Momente, welche die Sprechangst befördern, auszuschalten. Die Therapie muß die Sprechangst beseitigen und das Selbstbewußtsein haben. L. verwirft alle Atmungs-, Stimm- und Artikulationsübungen. Er läßt nur den Pat., um die Übertreibung des konsonantischen Elementes zu mäßigen, zunächst mit gedehnten Vokalen sprechen. Nachdem die Pat. in dieser Weise ohne zu stottern sprechen, geht er allmählich zur natürlichen Sprache über. Durch reichliches Lob, welches dem Pat. für sein gutes Sprechen gespendet wird, bekommt der Pat. wieder Vertrauen zu seiner Sprache. Gleichzeitig muß die Umgebung darauf aufmerksam gemacht werden, daß sie alles, was die Sprechangst des Pat. eventuell wieder hervorrufen könnte, von demselben fern hält.

Durch 15 sehr instruktive Krankengeschichten werden die geschilderten Verhältnisse illustriert. P. Maas (Aachen).

Sándor Szana. Die Hygiene der schulpflichtigen Kinder in Internaten.

(Orvosok lapja, 1903, 24 és 25 nr.)

Die Erziehung in Internaten ist keine äquivalente für die Erziehung im Schoße der Familie. Das System der Zieheltern (bei gehöriger Kontrolle) ist den Internaten vorzuziehen. Im Internat kann weder die physische, noch die psychische Erziehung individualisierend sein. Taubstumme und Blinde bilden eine Ausnahme, für diese ist die ärztlich überwachte Unterbringung in Internaten empfehlenswert. E. Deutsch (Budapest).

Eugenin Felix. Die Wichtigkeit der Untersuchung des Gehörapparates bei Kindern der Normalschulen.

(Presa medicala romana, 15. Februar 1903.)

Es ist von besonderer Wichtigkeit, die Hörfähigkeit der Kinder bei Beginn des Elementarunterrichtes zu untersuchen, um festzustellen, ob dieselben imstande sind, dem Unterrichte mit Vorteil zu folgen. F. hat 1038 Kinder der Elementarschulen Bukarests daraufhin untersucht und gefunden, daß bei 327 (31,50 %) die Hörfähigkeit mehr

Digitized by Google

oder weniger geschwächt war. Unter den Ursachen, welche Störungen des Gehörs bei Kindern bewirken, sind adenoide Vegetationen in erster Reihe zu nennen, und zwar Hypertrophien der Luschkaschen Tonsille. So boten z. B. 342 Schüler (177 Knaben und 165 Mädchen) adenoide Vegetationen des nasalen Pharynx dar, welche direkt durch digitale Untersuchung festgestellt wurden. Es fanden sich ferner Cerumenanhäufungen, verschiedene Trommelfellaffektionen und Perforationen dieser Membran vor.

Außerdem wurde untersucht, ob ein Verhältnis zwischen der Klassifikation des Schülers und dem Grade seiner Gehörstörung bestehe, und gefunden, daß der Prozentsatz der an Gehöraffektionen leidenden guten und ausgezeichneten Schüler ein erheblich geringerer sei, als derjenige der mittleren und schlechten. Ebenso war dies auch bezüglich der adenoiden Vegetationen nachzuweisen. F. ist der Ansicht, daß die Lehrer über diese verschiedenen Erkrankungsformen genügend aufgeklärt werden sollen, um den betreffenden Pat. beizeiten entsprechende Ratschläge zu geben, bezw. dieselben an einen Arzt zu weisen.

E. Toff (Braila).

Otto Laubi. Methode und Resultate der Ohrenuntersuchungen von 22894 Schülern der ersten Primarklassen der Stadt Zürich.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1903 No. 13.)

Die interessanten Resultate werden in Tabellen niedergelegt. Als praktische Resultate der Untersuchungen werden folgende Forderungen aufgestellt:

1. Alle neu eintretenden Schüler der öffentlichen Schulen sind im Verlauf der ersten Monate auf den Zustand ihres Gehörs zu untersuchen.

2. Die Untersuchung soll — wie bei den Augenuntersuchungen — bestehen:

a) aus einer Voruntersuchung aller Schüler, wenn möglich durch einen Arzt, auf die Hörschärfe;

b) einer Spezialuntersuchung durch einen Ohrenarzt für alle Kinder, die bei der Voruntersuchung als abnormal gefunden wurden.

3. Die Voruntersuchung und, wenn nötig, ärztliche Untersuchung soll wiederholt werden bei allen Repetenten und Schülern, welche einer Spezialklasse überwiesen werden, ferner bei den Schülern, welche im Laufe des Jahres Infektionskrankheiten überstanden haben.

4. Um die gefundenen Resultate praktisch auszunutzen, erhalten die Lehrer Mitteilungen über die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung und haben sie dieselben in die Schülerlisten einzutragen. Stark schwerhörige, unheilbare Kinder (untere Hörgrenze $^1/_2$ Meter beiderseits für laute Sprache, wenn dieselben schwerhörig geworden, 2 Meter beiderseits, wenn sie schwerhörig geboren) sind von der Schule auszuschließen und werden am besten einzeln unterrichtet, oder so lange in Taubstummenschulen untergebracht, bis sie gelernt haben, vom Munde abzulesen; leichter schwerhörige Kinder sollen in den vordern Bänken plaziert werden.

Digitized by Google

5. Kinder, bei welchen Ohrfettpfröpfe nachgewiesen werden, sind dem Arzte oder der Poliklinik zuzuführen, um dieselben entfernen zu lassen und haben die Eltern hierüber ein Zeugnis einzuliefern; wird der Verordnung nicht innerhalb einiger Wochen Folge geleistet, so hat der Stadtarzt die betreffenden Pat. einem geeigneten Arzte zur Behandlung zu übergeben.

6. Kinder mit Ohreneiterungen, besonders übelriechenden, sollen bis zur Heilung ihrer Leidens von der Schule ferngehalten werden, da dieselben eine Infektionsquelle für die übrigen Schüler bilden. Zieht sich die Heilung in die Länge, oder handelt es sich um Eiterungen, die nur operativ geheilt werden können, so kann der Schulbesuch gestattet werden, wenn die Kinder zweckmäßige Verbände tragen, welche das nach außen Fließen des Eiters verhindern.

7. Kinder, welche durch nasale Sprache und beständiges Offenhalten des Mundes vermuten lassen, daß sie an Vergrößerung der Rachenmandel leiden, sind von den Lehrern und Stadtarzt besonders zu überwachen und bei denselben zeitweilig die Hörprüfung zu wiederholen und die Eltern zu veranlassen, bei allfälligen Hörstörungen rechtzeitig ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Grätzer.

R. Imhofer. Ein Fall von Spontanluxation des Amboß mit fistulösem Durchbruch in den knöchernen Gehörgang.

Aus Prof. A. Epsteins Kinderklinik an der kgl. böhm. Landesfindelanstalt zu Prag.)

(Prager med. Wochenschrift 1903 No. 36.)

Der Fall betraf ein $2^1/_2$jähriges Kind, und der Prozeß war offenbar ein tuberkulöser.

So groß die Neigung zur Sequesterbildung im kindlichen Schläfenbeine, so gern wird auch der nekrotische Knochen spontan eliminiert. I. hat wiederholt sehr große Sequester bei Kindern spontan abgehen sehen und ist der Ansicht, daß man bei jugendlichen Individuen die Indikation zur Radikaloperation sehr einschränken kann. Man darf hier der Natur viel zumuten und soll lieber längere Zeit sich exspektativ verhalten, als eine Operation vornehmen, deren Nachbehandlung bei Kindern so schwer ist, daß dadurch der ganze Erfolg sehr oft in Frage gestellt wird. Grätzer.

G. Heermann (Kiel). Über akute Nekrose des Warzenfortsatzes und Felsenbeines nach Scharlach.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 22.)

H. hat in den letzten Jahren 13 Fälle dieser äußerst schweren Scharlachkomplikation gesehen, welche dadurch besonders gefährlich wird, daß, obwohl sich in kürzester Zeit die schwersten Zerstörungen der Knochen etablieren, dies nach außen so wenig in die Erscheinung tritt, daß ein Übersehen bezw. Vernachlässigen des Leidens fast ent-

Digitized by Google

schuldbar ist, sich aber schwer rächt. Nach H.s Ansicht handelt es sich um einen bakteriellen Prozeß, der im Warzenfortsatz selbst beginnt, erst sekundär auf die Paukenhöhle übergreift und schon aus diesem Grunde anders bewertet werden muß, wie die gewöhnlichn Scharlachotitis. Bei dieser kann man die Anzeichen der Eiterretention abwarten, d. h. die Schwellung und Senkung der hinteren oberen Gehörgangswand und die starke Anschwellung über dem Warzenfortsatze. Bei der Warzenfortsatznekrose aber zwingen schon plötzliche Temperatursteigerungen, Druckempfindlichkeit über dem Warzenfortsatz und ein leichtes entzündliches Infiltrat über demselben zu operativem Eingreifen. Da die Erscheinungen nicht ohne weiteres in die Augen fallende sind, verpflichtet schon eine bloße, während des Verlaufes des Scharlachs eintretende Temperatursteigerung zur genauen Untersuchung des Ohres und seiner Umgebung. Die Nekrose kann sich schon sehr früh, am 2. oder 3. Krankheitstage einstellen, aber auch viel später. Grätzer.

George H. Meaver. Bacteriologie Studies of the Skin and Throat in cases of Scarlatina.

(American Medicine, den 18. April 1903.)

Bakteriologische Untersuchungen der Haut und des Rachens beim Scharlach. Verf. resumiert seine Studien wie folgt:

1. Auf den Mandeln scharlachkranker Personen finden sich massenhaft Streptokokken.

2. Anderweitige Bakterien, die mittels des Kulturverfahrens von Hautschüppchen und Mandelschleim gezüchtet wurden, boten nichts Charakteristisches für Scharlach, da sie auch bei Gesunden auf der Haut und im Rachen vegetieren. Leo Jakobi (New York).

Karl Eckholm (Wasa, Finland). Zur Scharlachübertragung durch Milch.

(Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 29, Heft 1—4, 1903.)

Etwa 2 Wochen vor dem Ausbruch einer umfangreicheren Scharlachepidemie (121 Erkrankungen in 76 Familien) wurde von E. ein junges Mädchen an phlegmonöser Angina behandelt, welches in einer Milchwirtschaft beschäftigt war, aus der sechs der von der Epidemie heimgesuchten Familien ihre Milch bezogen. Der Verdacht, daß es sich hier möglicherweise, doch um eine verkappte Scharlachepidemie gehandelt haben könne, ist der Anlaß einer eingehenderen Schilderung der in Betracht kommenden Verhältnisse.

Verf. gibt allerdings das Fehlen eines Exanthems, welches aber möglicherweise ihm, als behandelndem Arzte, entgangen sein könne, sowie auch die erweisliche Seltenheit eines Tiefergreifens der skarlatinösen Mundaffektion und das Auftreten konsekutiver Abszedierungen im submukösen Gewebe zu. Ferner wird erwähnt, daß in den Ställen und bei Behandlung der Milch große Sauberkeit herrschte, sowie

Digitized by Google

daß es nicht herauszubringen war, daß das Mädchen mit Scharlachkranken in Verkehr gewesen wäre, wenn auch die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen sei. —

Ref. würde sich nicht mit einem Bericht über die Veröffentlichung, aus der positive Anhaltspunkte für oder gegen die Möglichkeit einer Seuchenübertragung durch Milch sich nicht ergeben, aufgehalten haben, wenn nicht eine Art Methode darin läge, wie heute auch seitens solcher Kollegen, die sonst logisch zu urteilen und Für und Wider abzuwägen gewohnt scheinen, sobald die große Suggestion unserer Ära in Frage kommt, durch Voraussetzung dessen, was bewiesen werden soll, der Circulus vitiosus geschlossen wird.

Eschle (Sinsheim).

Th. Escherich. Die Erfolge der Serumbehandlung des Scharlachs an der Universitäts-Kinderklinik in Wien.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 23.)

112 Fälle injiziert mit dem Moserschen Serum, und zwar mit sehr günstigem Heilerfolge. Exantheme, Ödeme und mehr weniger lang dauernde Fieberzustände als Folge der Injektion wurden in etwa 75 °/₀ beobachtet; doch nie entstand ein bleibender Nachteil, und steht zu hoffen, daß man diese unangenehmen Begleiterscheinungen mit der Vervollkommnung der Herstellung wird vermeiden lernen. Das Serum wurde in Dosen von 100—200 ccm an einer Stelle der seitlichen Bauchwand subkutan injiziert, die Injektionsöffnung durch Jodoformkollodium sorgfältig verschlossen.

Zur Beurteilung des Effekts zieht E. jene sogenannten verlorenen Scharlachfälle heran; wo schwere toxische Symptome im Vordergrund stehen. Hier ist die Wirkung des Serums, die volle Dosis und die frühzeitige Injektion vorausgesetzt, eine zauberhafte. Nach einigen Stunden Abfall der Temperatur, Sinken der Puls- und Atemfrequenz, Schwinden von Somnolenz und Delirien, es zeigt sich Euphorie, Neigung zur Nahrungsaufnahme — kurz, ein total verändertes Bild.

Man ist nach E.s Ansicht mit Entdeckung dieses Serums an einen Wendepunkt in der Behandlung des Scharlachs angelangt. Freilich, man steht erst in den ersten Anfängen der Methode, noch ist der Preis ein hoher, es muß eine große Quantität injiziert werden, es zeigen sich unangenehme Nebenerscheinungen, welche es rechtfertigen, daß man vorläufig nur die schwereren Fälle injizieren wird. Es ist aber zu hoffen, daß, wie bei dem Diphtherieserum, nach und nach eine Vervollkommnung eintreten wird — zum Segen der Scharlachpatienten.

Grätzer.

Günther. Eine bösartige Scharlachepidemie.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 24.)

G. beobachtet jetzt in Höchstadt a. A. und Umgegend eine sehr bösartige Scharlachepidemie, die hauptsächlich Erwachsene betrifft und mit solch rapider Heftigkeit einsetzt, daß in den schweren Fällen

Digitized by Google

der Tod oft schon innerhalb 24 Stunden unter den Zeichen schwerster Sepsis eintritt. Das Leiden beginnt plötzlich mit Erbrechen und zuweilen profusen Diarrhöen, die Temperatur erreicht rasch die Höhe von 40—41° und darüber, der Puls 150—160 wird rasch klein, manchmal unregelmäßig, die Konjunktiven sind stark injiziert, die Respiration beschleunigt und oberflächlich, das Sensorium benommen, manchmal Delirien oder Konvulsionen vorhanden, die Tonsillen geschwollen und manchmal mit schmutziggrauen Belegen versehen, Lippen und Zunge trocken, starker Fötor, Submaxillardrüsen frühzeitig erheblich geschwollen und schmerzhaft.

Die Epidemie begann gleich mit solch einem schweren Falle, der wie eine schwere Vergiftung verlief und ohne Exanthem, so daß die Deutung schwer gewesen wäre, wären nicht unmittelbar darauf zwei Geschwister an typischer Skarlatina erkrankt. Bei dem völlig gesunden Kinde stellten sich plötzlich heftige Diarrhöe und starkes Erbrechen ein, die Temperatur betrug 42,4° (!), der Puls kaum fühlbar; bald starke Benommenheit, Delirien und allgemeine Konvulsionen; Tonsillen nur leicht gerötet und geschwollen. 12 Stunden nach Beginn der Erkrankung Exitus.

Ähnlich verliefen andere Fälle. Die Therapie war ihnen gegenüber völlig machtlos; Wein, Äther- und Kampferinjektionen, heiße Bäder und Einwickelungen, Koffein. natr.-benz. usw. hatten nicht den geringsten Effekt. Die Beobachtung zeigt, daß diejenigen Fälle, die gleich zu Beginn mit starkem Benommensein des Sensoriums einhergehen, alle tödlich enden, während Klarbleiben desselben selbst bei sonst gleichen Symptomen als günstiges Zeichen anzusehen ist.

Die mittelschweren Fälle sind durchgehends mit Nachkrankheiten kompliziert.

Grätzer.

Raoul Labbé. Épreuve de la chlorurie alimentaire dans la scarlatine et la diphthérie l'enfance.

(Archives de médecine des enfants, September 1903.)

L. hat die Versuche von Achard und seinen Schülern nachgemacht, denzufolge bei zahlreichen akuten Krankheiten eine förmliche Retention von Chlornatrium im Organismus stattfindet, derart, daß nicht nur das Kochsalz der gewöhnlichen Nahrung zurückgehalten wird, sondern auch ein bedeutender Teil des zu experimentellen Zwecken eingeführten. Dasselbe soll in den Geweben bleiben und gleichzeitig auch einen gewissen Teil der zur selben Zeit eingeführten Flüssigkeitsmenge dortselbst gebunden halten.

Die Versuche, welche L. bei Kindern anstellte, denen er 5 g Kochsalz in Milch verabreichte, haben die Richtigkeit obiger Annahmen für Scharlach und Diphtherie nicht ergeben und gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen. Bei Scharlach, im Anfangs- oder Endstadium, zeigen die Versuche für die alimentäre Chlorurie immer fast normale Verhältnisse; nach Einnahme von 5 g Kochsalz während eines oder mehrerer Tage, zeigte sich eine Vermehrung dieses Körpers im Harne, fast unmittelbar nach der Einverleibung, so daß die ausgeschiedenen

Digitized by Google

Mengen den eingenommenen beinahe gleichkamen. Andererseits war auch die ausgeschiedene Urinmenge vermehrt, wenn auch weniger deutlich als die Kochsalzmenge. Bei Diphtherie waren die Resultate weniger klar, indem man eine Verspätung der Urinreaktion, oder in schweren Fällen eine Verminderung beobachten konnte. Eine absolute Retention wurde nur in zwei tödlich endigenden Diphtheriefällen beobachtet.

E. Toff (Braila).

N. Mansurow. Über die sogenannte Rubeola scarlatinosa.

(Praktitschesky Wratsch 1902 No. 43.)

Die Rubeola scarlatinosa als besondere selbständige Krankheitsform mit charakteristischen Symptomen und eigentümlichem Verlauf ist nur von wenigen Autoren beschrieben worden und kommt nur selten zur Beobachtung. Von einigen wird ihre Existenz als sicher erwiesen betrachtet, während andere wieder sie leugnen oder den anormalen, jedoch echten Scharlachformen zuzählen. Angesichts dessen ist der vom Verf. mitgeteilte Fall, welcher seinen eigenen Sohn betrifft, von nicht geringem Interesse.

Um den 20. Februar 1902 erkrankte der 6jährige Knabe unter unbestimmten Symptomen (Apathie, Appetitlosigkeit, Verstopfung). Am 25. Februar abends stellte sich ein heftiges Jucken in Händen und Füßen ein und gleich darauf trat ein kleinpapulöses, punktförmiges, rosenrotes Exanthem auf; die einzelnen Effloreszenzen waren von Stecknadelkopfgröße und sahen dem Ausschlag bei miliarem Scharlach außerordentlich ähnlich. Im Laufe der Nacht verbreitete sich das Exanthem über die Extremitäten, ging auf den Rumpf über und zeigte sich des Morgens auch auf dem Gesichte, während Lippen und Kinn frei blieben; am Gaumen waren ebenfalls vereinzelte Effloreszenzen zu bemerken, im Rachen die Erscheinungen eines ganz leichten Katarrhs. Das Jucken bestand in unverminderter Heftigkeit fort. Am folgenden Tage nahm der Ausschlag eine mehr dunkle, rote Farbe an, und die submaxillaren Drüsen schwollen ziemlich bedeutend an. Die Körpertemperatur blieb mit Ausnahme einer geringfügigen Steigerung (bis auf 38,0°), welche mit der stärksten Eruption koinzidierte, die ganze Zeit über normal. Der Kranke klagte über Schluckbeschwerden, geringe Lichtscheu mit Tränenträufeln und über einen leichten Schnupfen mit Husten. Im übrigen boten die inneren Organe nicht die mindesten Abweichungen von der Norm dar, und das Kind war sogar meist außer Bett. Am fünften Tage nach Beginn der Eruption blaßte das Exanthem völlig ab und verschwand, worauf eine kleienförmige Abschuppung eintrat, welche 10—12 Tage andauerte.

Von Besonderheiten dieses Falles ist hervorzuheben, daß erstens die Eruption an den unteren Extremitäten begann und von dort aus sich nach oben ausbreitete, daß zweitens die Vergrößerung der Halsdrüsen nach dem Verschwinden des Ausschlages länger anhielt, als in den bisher beschriebenen Fällen, daß drittens von den Geschwistern des kleinen Pat. trotz Beisammenseins sich niemand ansteckte und daß viertens nach der Abschuppung lange Zeit hindurch gelb-bräun-

Digitized by Google

liche Fleckchen, ganz besonders an den Stellen der stärksten Entwicklung des Exanthems, zu sehen waren.

Was die Diagnose in diesem Falle betrifft, so gemahnte das klinische Bild bezüglich der äußeren Erscheinungen an einen leichten Scharlach, bezüglich der übrigen Symptome gewissermaßen an Masern. Gerade derartige Fälle wurden auch von Prof. N. Filatoff unter der Bezeichnung „Rubeola scarlatinosa" beschrieben.

A. Dworetzky (Moskau).

A. Doebert. Eine Scharlachepidemie auf der Masernstation.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde, Bd. 57, Heft 2.)

An zehn Fällen von Scharlach bei masernkranken- bezw. rekonvaleszenten Kindern beobachtete D. folgendes: In der Hälfte aller Fälle war das Exanthem durchaus kein typisches, sondern undeutlich und meist sehr flüchtig. Den Grund dafür sieht D. darin, daß die Körperdecke, die noch vor kurzem durch die Masereruption in so intensiver Weise in Anspruch genommen war, auf die Hautphänomene der neuen Affektion nicht immer in so heftiger Weise reagiert. Fast sämtliche Kinder litten an Durchfall vor Ausbruch des Scharlachexanthems. Die Anzahl der Komplikationen war auffallend groß. Es traten bei 9 Fällen auf: 5mal Otitis, 4mal Nephritis, 2mal nekrotisierende Angina, 1mal Septicopyämie, 1mal Enteritis, 1mal schwere Lymphadenitis mit tötlichem Ausgange.

Hecker (München).

M. Ch. Aubertin. Das Einschlafen der Hände bei Scarlatina.

(Archives de méd. des enfants, April 1903.)

Paul Mayer hatte letzthin die Aufmerksamkeit auf ein unbekanntes Symptom des Scharlachs gelenkt, bestehend in einem Gefühl von Ameisenlaufen, von Eingeschlafensein der Hände, welches gleichzeitig mit der Eruption auftritt und 1—$1^1/_2$ Tage dauert. Mitunter besteht auch eine gewisse Schwäche der betreffenden Extremitäten, so daß die Bewegung oder das Ergreifen Schwierigkeiten macht. A. konnte sich an eigener Person von der Richtigkeit der erwähnten Symptome gelegentlich einer Scharlacherkrankung überzeugen. Er verlegt dasselbe hauptsächlich in die palmare Fläche der Finger, in den Thenar und Hypothenar. Die Bettwärme und die Bewegung der Finger verstärken dasselbe. Mayer hat dieses Symptom nur bei Scharlach gefunden und bei keinem der anderen skarlatiniformen toxischen oder infektiösen Erytheme; er hält dasselbe für pathognomisch und führt es auf eine Einwirkung des Scharlachgiftes auf das Rückenmark oder die peripheren Nerven zurück.

E. Toff (Braila).

Digitized by Google

S. Sufrin. Zwei seltene Fälle von infektiöser Hemiplegie bei Kindern.

(Spitalul 1903 No. 3.)

In einem dieser Fälle handelte es sich um ein 4jähriges Kind, welches eine mit Angina pultacea komplizierte Skarlatina durchgemacht hatte. Dasselbe war bereits fieberfrei, als zwei Wochen nach Krankheitsbeginn plötzlich Erbrechen, Oligurie und Temperatur über 40° C. auftraten. Der Harn war eiweißhaltig, Puls und Respiration sehr beschleunigt. Nach 2 Tagen traten Konvulsionen auf, dann entwickelte sich eine rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie. Der Zustand dauerte 8 Tage, wo dann unter Anurie, Dyspnöe und Koma, Exitus letalis eintrat.

Im zweiten Falle trat eine ähnliche Lähmung bei einem 3 1/2-jährigen Knaben auf, welcher vor 12 Wochen eine anscheinend leichte Skarlatina durchgemacht hatte. Wenige Tage vor Beginn der Lähmung hatte derselbe Diphtherie, welche auf Serumeinspritzung rasch verschwand, doch wurde gleichzeitig Oligurie und Eiweiß im Harne beobachtet. In den folgenden Tagen mehrfache urämische Anfälle, Trismus, Epistaxis und plötzlich, unter Bewußtseinsverlust, Auftreten einer totalen, rechtsseitigen Hemiplegie mit Aphasie. Als S. das Kind zum letzten Male sah, war der Zustand erheblich gebessert.

S. glaubt, daß die Ursache dieser Lähmungen in kapillaren Blutungen der linken Hirnhemisphäre zu suchen sei und nimmt an, daß durch die Mikroorganismen — oder durch ihre Toxine — eine deletäre Wirkung auf die Blutgefäße, oder eine Veränderung der Blutbeschaffenheit bewirkt wurde, welche Blutergüsse durch Diapedesis oder durch Rupturen der kleinen Blutgefäße zur Folge hatte. E. Toff (Braila).

H. Pfister. Über das Gewicht des Gehirns und einzelner Hirnteile beim Säugling und älteren Kinde.

(Neurol. Centralbl. 1903 No. 12.)

P. gibt die Gesamtresultate seiner an 302 Gehirnen vorgenommenen Wägungen. Und zwar handelte es sich um 161 Knaben- und 141 Mädchengehirne, von denen 228 auch zu Teilwägungen benutzt wurden.

Die betreffenden Kinder starben im Alter von einer Woche bis zu 14 Jahren. Die Gehirne wurden unmittelbar nach der Herausnahme mit den weichen Häuten gewogen. Es ergab sich folgendes: Das mittlere Gesamthirngewicht ist auf allen Alterstufen bei Knaben größer als bei Mädchen. Die Differenz wächst mit dem Alter. Bei beiden Geschlechtern wächst im Laufe der Entwicklung das Hirngewicht so, daß das erste Drittel des Gesamtzunahme schon mit Ende des achten Monats, das zweite Drittel in der ersten Hälfte des dritten Lebensjahres erreicht ist. Von da ab findet eine immer langsamer werdende Zunahme statt, die jedenfalls erst lange nach dem 14. Lebensjahre abgeschlossen ist. Auf allen Altersstufen zeigt das

Digitized by Google

individuelle Gesamthirngewicht eine ungemeine Variabilität. Bei Knabenhirnen aus der 2. und 3. Woche beträgt z. B. der maximale Gewichtsunterschied bereits über 160 g. Das absolute Gewicht des Kleinhirns ist auf allen Altersstufen bei den Mädchen geringer als bei den Knaben. Bei Kindern desselben Alters und Geschlechts kommen merkbare Schwankungen der absoluten Kleinhirngröße vor. Das durchschnittliche Kleinhirngewicht normaler Neugeborener beträgt ungefähr 20 g, dasjenige Erwachsener 135—150 g. Von dieser Zunahme wird das erste Drittel mit dem sechsten Monat, das zweite vor Ende des zweiten Lebensjahres erreicht. Es wächst demnach das Kleinhirn verhältnismäßig schneller heran als das Gesamthirn, auch als das Großhirn und nimmt relativ viel bedeutender an Gewicht zu als die übrigen Hirnteile. Das mittlere Großhirngewicht der Knaben übertrifft zu allen Zeiten das der Mädchen. Das erste Drittel der Gewichtszunahme des Großhirns wird im 9.—10. Monat, das zweite ungefähr in der Mitte des dritten Jahres erreicht. Auch das Großhirngewicht zeigt eine große Variabilität (bei Knaben von 6 Wochen bereits Differenzen um fast 150 g!). Ein konstanter Größenunterschied zugunsten einer bestimmten Hirnhälfte existiert nicht. In wenig mehr als der Hälfte aller Fälle (in 54,5 %) war die linke Hemisphäre schwerer als die rechte. In 3,6 % wogen beide Hälften gleichviel.

Medulla oblongata, Pons und Vierhügelpartie nehmen von etwa 5,5 g beim Neugeborenen bis zu ca. 27—28 g zu.

Im extrauterinen Leben findet durch das ungleichmäßige Wachstum der einzelnen Hirnteile eine Verschiebung ihres relativen Gewichts der Art statt, daß, während das Kleinhirngewicht von etwa 5,5 % beim Neugeborenen auf nahezu 11 % beim Erwachsenen, der Hirnrest (Medulla oblongata + Pons + Vierhügel) von etwa 1,6 auf 2 % des Totalhirngewichtes ansteigen, gleichzeitig das relative Großhirngewicht von fast 93 % auf mittlere 87,5 % herabsinkt. Kurt Mendel.

E. von Lange. Die Gesetzmäßigkeit im Längenwachstum des Menschen.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 57, Heft 3.)

Die außerordentlich interessante Arbeit muß im Original nachgelesen werden. Zur Orientierung und Empfehlung greife ich folgendes heraus. Die Körperlänge hat als Maß dadurch besonderen Wert, daß sie die Fähigkeit besitzt, als Gradmesser des gesamten körperlichen Wachstums zu dienen. Vermöge ihrer Zusammensetzung aus den Längenmaßen von Kopf, Hals, Rumpf und Bein summiert sich in ihr das Einzelwachstum dieser Körperteile stets zu einem Werte, der jede andere Maßzunahme am Körper weit übertrifft und selbst geringe Fortschritte noch erkennen und verfolgen läßt. Sie behält bei aufgerichtetem, wie bei ausgestreckt liegendem Körper ihr jeweiliges Maß fest bei, abgesehen von minimalen Bewegungen in den Gelenken,

Digitized by Google

die uns indes nach ihrer Größe bekannt und daher kontrollierbar sind. Ihre Veränderung vollzieht sich unter normalen Verhältnissen nur nach einer Richtung, nach der einen stetigen, mehr oder weniger raschen Maßzunahme nicht so wie z. B. das Körpergewicht, das vielfachen Schwankungen unterworfen ist, sie weist während der Wachstumsperiode nur Fortschritte und höchstens zeitweisen Stillstand, nie aber Rückschritte im strengen Sinne des Wortes auf.

Die normale Körpergröße bei Neugeborenen bewegt sich bei allen Rassen und Völkerschaften in einem stets wiederkehrenden Wertverhältnis zur mittleren Körpergröße der Erwachsenen, und zwar in dem Verhältnis 1 zu 3 bis $3\,^1/_2$; für die germanischen Völkerschaften gilt als Mittelwert der Geburtsgröße von Knaben wie Mädchen eine Größe von 49—50 cm. Das Körperwachstum des Neugeborenen steht noch unter dem unmittelbaren Einfluß der Energie, welche sich gegen Ende der fötalen Vorperiode ausgebildet hat. Diese sehr hochgradige Energie zeigt jedoch durch die veränderte Ernährung sehr bald eine beträchtliche Abnahme; so zwar, daß bei normalem Wachstum die Größenzunahme des ersten Lebensjahres nicht mehr die Hälfte, jene des zweiten Lebensjahres nur mehr das Fünftel des intrauterinen Wachstums erreicht. Das wuchtige Auftreten und die rapide Abnahme der Wachstumsenergie innerhalb der zwei ersten Lebensjahre tritt am anschaulichsten vor Augen, wenn wir den Zeitraum berechnen, welcher bei eventueller Fortdauer dieser Energiegrade erforderlich wäre, um eine Manneshöhe von 170 cm zu erreichen. Ein Neugeborener würde dazu statt 19—20 Jahre nur 1 Jahr 4 Monate brauchen, falls die Wachstumsenergie die gleiche wie am Anfange bliebe.

Die Verbindungslinie zwischen den von Jahr zu Jahr erreichten ordinaten Höhen ist keine ansteigende Gerade, sondern eine Kurve, die an der Geburtsordinate sich jäh erhebt und nach Beschreibung eines mehr oder weniger bewegten Bogens am Ende ihres Höhenlaufes ganz allmählich in die Horizontale übergeht. Das Fötalwachstum charakterisiert sich dadurch, daß das stärkste Wachstum in den 5. Monat fällt und daß während des 7. und 8. Monats eine auffallende Minderung des Wachstums auftritt, während erst vom 9. Monat an von neuem ein rapides Wachstum folgt.

Das gesteigerte Wachstum während der ersten Lebensjahre ist kein gleichmäßiges, sondern ein in seiner Stärke stetig abnehmendes. Vom dritten Lebensjahre an hält das Längenwachstum ein ziemlich konstantes Tempo ein. Das Wachstumsbild von 4.—20. Lebensjahre läßt sich in drei Teile zerlegen: 1. Fortsetzung des gegen das dritte Lebensjahr eingetretenen ruhigen Wachstums mit stetig sich verringernder Energie und Längenzunahme. 2. Impulsive Steigerung der Wachstumsenergie und Längenzunahme im zeitlichen Zusammenhange mit der Pubertätsperiode; im Wachstumsbilde gekennzeichnet durch impulsiven Anstieg der Wachstumskurve. 3. Abnahme der Wachstumsenergie und des Längenzuwachses bis zu ihrem vollen Erlöschen; im Wachstumsbilde Übergang der Wachstumskurve in die konstante horizontale Lage der nunmehr erreichten vollen Körperlänge. Der Kurvenanstieg zur Pubertätszeit stimmt mit der volks-

Digitized by Google

tümlichen Beobachtung vom „Aufschießen des Körpers“ überein. Die Erreichung höherer Stufen der Körperlänge ist hauptsächlich der längeren Dauer eines intensiven Wachstums, weniger dagegen dem Zunahmegrad dieses Wachstums zuzuschreiben. Hecker (München).

Ludloff (Breslau). Über Wachstum und Architektur der unteren Femurepiphyse und oberen Tibiaepiphyse.

(Bruns Beiträge zur klin. Chir., Bd. 38.)

Systematische Untersuchungen an Röntgenphotogrammen von Knien fast ausschließlich weiblicher Individuen von $^3/_4$—80 Jahren. Als praktisch wichtige Ergebnisse sind hervorzuheben 1., daß mehrere scheinbar pathologische Befunde im Röntgennegativ, wie Protuberanzen an den Condylen vom 2.—4. Lebensjahre und der dunkle Fleck in der Femurepiphyse im Alter von 4—15 Jahren, als normale Befunde anzusehen sind, da sie mit den Wachstumsvorgängen zusammenhängen; 2. konnten mit Hilfe dieser Bilderreihen bestimmte anatomische Tatsachen festgelegt werden, wovon besonders zu erwähnen ist, daß die Epiphysenfuge an Femur und Tibia bis zum 15. Jahr persistiert, ferner, daß gemäß der Beanspruchung auf Druck im Condylus lateralis Längsknochenbälkchen und der Beanspruchung auf Zug (durch Bänder, welche die Bildung von Genu valgum, wozu die Anlage in jedem Knie gegeben ist, verhüten) im Condylus medialis Querknochenbälkchen auftreten, schließlich, daß vom 25. Jahre ab bereits Merkmale von Knochenatrophie auftreten. Wegen weiterer Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden. Vulpius.

Linser (Tübingen). Über die Beziehungen zwischen Nebennieren und Körperwachstum, besonders Riesenwuchs.

(Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. 37.)

Schilderung eines Falles von Riesenwuchs bei einem 5$^1/_2$jährigen Knaben, der das Aussehen eines 16—18jährigen bot. Auch die Entwicklung der Zähne und der äußeren Genitalien, sowie das Verhalten der Epiphysenlinien im Radiogramm entsprach diesem Alter. Pat. ging an einem Tumor des Abdomens zugrunde, der sich bei mikroskopischer Untersuchung als ein Hypernephrom malignen Charakters erwies. Verf. nimmt an, daß die Vergrößerung der Niere in Zusammenhang stehe mit dem Riesenwuchs und führt als Beispiel mehrere Fälle aus der Literatur an, wo bei Tumoren der Nebennieren abnormes Größenwachstum bezw. bei Degeneration derselben Zwergwuchs beobachtet wurde. L. empfiehlt bei Fällen von Zwergwuchs bezw. verlangsamtem Körperwachstum Nebennierenextrakt zu versuchen. Fütterung von Hunden mit Nebennierenpräparaten ergab zunächst rascheres Wachstum der Versuchstiere, doch wurde von den Kontrolltieren der Vorsprung später wieder eingeholt.

Vulpius (Heidelberg).

Digitized by Google

N. Swoboda. Ein Fall von chondrodystrophischem Zwergwuchs (Achondroplasie).

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 23.)

10jähriges Mädchen, das die charakteristischen Zeichen dieses Zustandes aufwies und doch selbst von kompetenten Beobachtern für rachitisch erklärt und demgemäß, natürlich ohne jeden Erfolg, behandelt wurde (bekam z. B. 21 Flaschen Phosphorlebertran!).

Grätzer.

F. Michel. Osteogenesis imperfecta.

(Virchows Archiv, Bd. 173, Heft 1 1903.)

In dem in der Arbeit beschriebenen Falle handelt es sich um ein ausgetragenes, totgeborenes Kind mit äußerst plumpen, abnorm kurzen Extremitäten und einem noch häutigen Schädeldach. Die Skelettknochen bestanden aus einem äußerst dünnen Mantel von größtenteils verkalkten Knochenbälkchen. Durch diese abnorme Beschaffenheit waren intrauterin zahlreiche Knickungen und Frakturen entstanden, die sich vorzugsweise in den abnorm dünnen Rippen, den Diaphysen der langen Röhrenknochen, den dünnwandigen Verknöcherungskernen der Wirbelbögen und merkwürdigerweise im Unterkiefer lokalisierten. An jenen Frakturstellen wurde das Periost zu einer oft bedeutenden Wucherung angeregt, die zu reichlicher Bildung von allerdings meist kümmerlichen, grobfaserigen Knochenbälkchen führte. — Diese Knickungen und Frakturen sind nach Ansicht von M. entweder durch äußeren Druck, durch Anstemmen gegen die Wand des Fruchthalters, Anpressen der Beine gegen den Rumpf, oder durch Muskelzug entstanden. — Die Osteogenesis imperfekta ist ein anatomisch wie klinisch gut abgegrenztes Bild einer fötalen Erkrankung, welche sich darin charakterisiert, daß eine über das ganze Skelettsystem ausgedehnte mangelhafte Bildung von Knochen statthat bei annähernd normalem Verhalten der vorbereitenden Prozesse im Knorpel. Über die Ätiologie ist man sich noch im unklaren. Im vorliegenden Falle war Syphilis bestimmt auszuschließen. In der Literatur sind nur noch 12 genauere Beobachtungen bekannt.

Schridde-Erlangen.

Widal et **Ravaut.** Ictère chronique acholurique congénital chez un homme de 29 ans. Augmentation passagère et legère du volume du foie et de la rate. Parfait état de la santé génerale.

(Gazette hebdomadaire, No. 92, 1902.)

Der Pat. war von Kindheit an ikterisch ohne nachweisbares ätiologisches Moment. Abgesehen von einer vorübergehenden Obstipation bestanden keinerlei Krankheitserscheinungen, insonderheit

Digitized by Google

keine dyspeptischen Störungen. Die Intensität des Ikterus schwankte, nahm aber selbst bei reiner Milchdiät nicht wesentlich ab. Der rotbraune Harn enthielt niemals Gallenfarbstoff, dagegen reichlich Urobilin. Der Stuhl war immer dunkel gefärbt, zuweilen sogar sehr stark. Das Blutserum war ebenfalls dunkler gefärbt und enthielt Gallenfarbstoff. Die Zahl der roten und weißen Blutkörperchen war normal, die Widerstandfähigkeit der ersteren vermehrt, die Größe derselben überschritt etwas das normale Maß. Leber und Milz waren vergrößert, indessen schwankte ihr Volumen. Ascites bestand niemals. Alimentäre Glykosurie ließ sich nicht erzeugen. Methylenblau wurde in normaler Weise ausgeschieden. Es bestand Hyperazitität. Die Pulsfrequenz schwankte zwischen 40—60. Der Pat. zeigte keinerlei nervöse Erscheinungen, die Temperatur war normal. Der Vater des Pat. litt an Leberkoliken mit Ikterus infolge von Alkoholismus. W. u. R. führen diesen Ikterus zurück auf eine angeborene Entartung der Leberzellen, infolgedessen es zu einer stärkeren Sekretion von Galle käme, die ihrerseits die Gallenwege für Infektion empfänglicher mache.

Schreiber (Göttingen.)

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Toskanische Sektion der Italienischen Gesellschaft für Pädiatrie.

Sitzung vom 23. Juni 1903.

Concetti (Rom): **Ein Fall von bösartigem Lymphosarkom des Mesenteriums und Dünndarmes bei einem 5jährigen Knaben.**

Der Tumor war bei Inspektion und Palpation des Abdomens konstatierbar. Der Verlauf war schnell und führte innerhalb von 3 Monaten nach dem Auftreten der ersten Symptome (Schmerzen) zum Tode. Bei der Autopsie fand man den apfelsinengroßen Tumor in den Drüsenmassen des Mesenteriums; ein 30 cm langes Stück des Dünndarms war in den Tumor aufgegangen. Eine Metastase fand sich in der Leber; desgleichen waren die Nieren erkrankt. Die histologische Untersuchung ergab, daß es sich um ein Rundzellensarkom mit zahlreichen karyokinetischen Figuren handelte. Kulturversuche ergaben zahlreiche Blastomycetenformen in Reinkultur: dieselben fanden sich auch bei mikroskopischen Untersuchung mit der Sanfelicеschen Färbung, am zahlreichsten in den ältesten Teilen des Tumors. Impfversuche verliefen ergebnislos.

Comba (Bologna): **Demonstrationen.**

C. zeigt die Photographie eines Knaben, der eine Adenopathia tracheobronchialis mit starker Kompression des rechten Kopf-Arm-Venenstamms und daraus folgender sehr markanter Entwicklung des entsprechenden Hautvenennetzes aufweist.

Außerdem ein mikroskopisches Präparat von Liquor cerebrospinalis von einem Fall von tuberkulöser Meningitis mit zahlreichen Tuberkelbazillen und polymorphnukleierten Leukozyten.

Fede (Neapel): **Über die Ursachen der sublingualen Geschwulst** (Rigasche Krankheit).

F. hat in vielen Publikationen auf die traumatische Entstehung der kleinen Tumörchen am Frenulum linguae hingewiesen, und zwar sollen sie infolge der Reizung durch die beiden unteren mittleren Schneidezähne entstehen. Es bestehen jedoch Fälle, er selbst verfügt über solche, in denen vor der Dentition bereits Rigasche Krankheit vorlag; in diesen Fällen entsteht sie durch Reibung des

Digitized by Google

Frenulum an dem außergewöhnlich scharfen Alveolarrand oder durch anhaltendes und schwieriges Saugen, wenn wenig oder keine Milch in der mütterlichen Mamma vorhanden ist. Diese Fälle bilden aber die Ausnahme; die Regel bildet die Entstehung infolge der Reizung durch die Schneidezähne. In einem sehr ausgesprochenen Fall war auf keine andre Weise Heilung zu erzielen, als durch Extraktion dieser Zähne.

C. demonstriert einen Fall von „maligner" Rigascher Krankheit, in dem das Kind sehr schlechten Allgemeinzustand, Anämie, Milzvergrößerung zeigt.

Mya schließt sich der Erklärung für das Zustandekommen der Krankheit durch Irritation seitens der Schneidezähne an; er führt jedoch die merkwürdige Tatsache ihrer verschiedenen geographischen Verbreitung an: So kommt sie in den südlichen Provinzen Italiens, in Toscana z. B. sehr selten vor. Es müssen demnach also noch andere Faktoren, wie Klima usw. mitsprechen.

Gaetano (Neapel): **Einfluß der Infektion mit B. coli auf das Stickstoffgleichgewicht und die Oxydationsvorgänge im Organismus.**

Aus G.s Versuchen ergibt sich, daß bei nicht intensiver Infektion mit B. coli Stickstoffersparnis und bei intensiver Infektion Stickstoffdefizit vorhanden ist. Dagegen besteht immer Vermehrung der Oxydationsvorgänge.

Crisati (Florenz): **Jodophile Reaktion und Glykosurie bei Kindern mit Keuchhusten.**

Die Jodophilreaktion bei 20 keuchhustenkranken Kindern gab 16 positive Resultate. Dagegen hat C. nur einmal bei diesen 20 Fällen Glykosurie gefunden. Das steht im Gegensatz zu der von einigen Autoren z. B. beim Diabetes gefundenen konstanten Beziehung zwischen Jodophilreaktion und Glykosurie. C. erklärt dies dadurch, daß das von der Leber ausgeschiedene Glykogen zum größten Teil in der Lunge umgewandelt wird, so daß das arterielle Blut, das durch die Nierenarterie zur Niere gelangt, nicht mehr genügend davon erhält, daß es zur Ausscheidung kommt. Dagegen fand sich bei 13 Kindern 12mal Lävulosurie.

Frontini (Bologna): **Fall von Lungenhernie.**

Ein 3jähriger Knabe, bei dem ein taubeneigroßer Tumor im zweiten rechten Interkostalraum bestand, dessen Volumen mit den Respirationsbewegungen schwankte, am größten bei tiefen Respirationen und Hustenstößen war, bei der Exspiration fast verschwand. Diagnose: Lungenhernie infolge Aufbruch eines abgesackten Empyems nach innen; Pneumothorax fehlt wegen der Adhärenz der beiden Pleurablätter.

Mya (Florenz): **Nochmals über Larynxstenosen nach Serotherapie.**

M. hat schon früher auf das Auftreten einer akuten Larynxstenose als mögliche, jedoch seltene Folge der Serotherapie aufmerksam gemacht. Er erklärte das Zustandekommen der Stenose durch ein subglottisches Ödem infolge eines toxischen Moments, wie es z. B. auch die Urticaria, Anasarka nach Serumeinspritzungen hervorrufe. Diese Stenosen erschienen gewöhnlich gleichzeitig mit den andern durch Seruminjektionen bedingten Symptomen. M. berichtet über einen neuen Fall, in dem die stenotischen Erscheinungen gleichzeitig mit einer sehr intensiven Urticaria auftraten und verschwanden. Man muß sich hüten, solche Fälle für diphtherische Reinfektion zu halten und demgemäß mit neuen Serumeinspritzungen vorzugehen.

Pacchioni (Florenz): **Assoziation des Diphtheriebazillus mit dem Vincentschen Bazillus.**

Drei Fälle, in denen die Assoziation des Diphtheriebazillus mit dem B. Vincentii sich fand, haben P. zu der Ansicht gebracht, daß hier eine wohlcharakterisierte klinische Varietät vorliegt, die durch ein grau-schwarzes, wenig konsistentes und fötid riechendes Exsudat gekennzeichnet ist.

Rossi (Bologna): **Eitrige Streptokokkenperitonitis bei einem Mädchen.**

Möglicherweise war die Eingangspforte für den Eiterreger in diesem Fall die Tonsille; es fand sich nämlich gleichzeitig eine leichte Tonsillitis. Nach Operation trat Heilung ein.

Caccia (Florenz): **Ein ungewöhnlicher Fall von doppeltem Retro-Pharyngealabszeß.**

Nach Inzision und Entleerung eines auf der rechten Seite der hinteren Pharynxwand bestehenden Abszesses blieb noch eine harte Geschwulst in der Mittellinie bestehen, durch die der Larynxeingang so verlegt wurde, daß zur Tracheotomie geschritten werden mußte. Nach einigen Tagen erweichte sich die Geschwulst, wurde inzidiert und es entleerte sich reichlich Eiter.

Digitized by Google

Caccia (Florenz): **Die Drainage der Luftwege bei Tracheotomierten.**

C. macht darauf aufmerksam, daß tracheotomierte Kinder auf den Versuch des Decanulements mit Temperatursteigerungen und bronchitischen Erscheinungen reagieren.

Giarrè: **Anormale Formen kindlicher Influenza.** F.

Gesellschaft schweizerischer Pädiater.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1903 No. 18.)

Die diesjährige Versammlung fand anläßlich des schweizerischen Ärztetages in Lausanne statt. Die Gesellschaft, welche nun 42 Mitglieder zählt, vereinigte sich am 13. Juni morgens 8 Uhr unter dem Präsidium von Prof. Hagenbach-Burckhardt in der Kapelle des Kantonsspitales. Für die nächste dreijährige Periode wurde als Vorstand gewählt: Prof. Combe als Präsident, Prof. Stooss als Vizepräsident, Dr. Campart als Aktuar.

Hierauf nahm Prof. Combe das Wort zu einer Reihe klinischer Demonstrationen:

1. In erster Linie wurde ein Kind mit **akuter Tetanie** vorgeführt. Diese Krankheit ist in Lausanne im Frühjahr häufig und zeigt sich unter drei Formen, als Tetanismus, akute und chronische Tetanie. Der Tetanismus (latente Tetanie) charakterisiert sich durch fünf Symptome, von denen aber nur zwei pathognomonisch sind, das Erbsche Zeichen: die anormale Reaktion der Nerven auf den elektr. Strom und das Trousseausche Zeichen: die anormale Reaktion der vasomotorischen Nerven. Die übrigen drei Zeichen, das von Chvostek Sohn (abnormale Erregbarkeit der Muskeln), das von Chvostek Vater (abnormale Erregbarkeit der motorischen Nerven), und das Zeichen von Schultze (abnormale Erregbarkeit der sensiblen Nerven) finden sich auch bei Nervosität, Hysterie, Meningismus usw. Die latente Tetanie kann mit Spasmus glottidis und Konvulsionen kompliziert sein. Die akute Tetanie äußert sich in Anfällen tetanischer Steifigkeit, abwechselnd mit freien Intervallen, in denen das Kind die fünf genannten Zeichen aufweist, mit Kontrakturen der Hände und Füsse. Die chronische Tetanie zeigt eine allgemeine Steifigkeit ohne die Zeichen des Tetanismus, aber mit den charakteristischen Kontrakturen der Hände und Füsse. Es ist auffallend, daß die Tetanie in Lausanne häufig auftritt, in der übrigen Schweiz dagegen selten.

2. **Ein Fall von Benediktscher Krankheit.**

Das betreffende Kind wurde im Alter von 6 Jahren 8 Tage nach einer Influenza (gastrointestinale Form) von Ptosis, divergierendem Strabismus mit Dilatation der Pupille des linken Auges befallen. 15 Tage später entwickelte sich eine langsam progressive Parese von Arm und Bein rechterseits, ein Monat nachher ein Spasmus von Abducens und Facialis linkerseits; endlich 3 Monate später traten zu der rechtsseitigen, spastischen Hemiparese ausgeprägte choreatische Bewegungen hinzu, ebenso im unteren Facialis-Gebiet und im Abducens linkerseits. Es handelt sich also in diesem merkwürdigen Fall um eine alternierende Lähmung des 3., 6. und 7. Kopfnerven linkerseits und der rechten Körperhälfte, entsprechend einer Kombination der Krankheitsformen von Weber und Milliard Gubler, aber hier ist diese alternierende Lähmung spastischer Natur und von choreatischen Lähmungen begleitet.

Zuerst durch Benedikt in Wien 1889 beschrieben, wurde diese Krankheitsform durch Charcot (1893) und Gilles de la Tourette (1900) näher studiert. Diese Autoren haben 6 Fälle davon in der Literatur gefunden. Alle diese Fälle zeigen eine spastische Hemiplegie mit Hemi-Tremor und Lähmung des Oculomotorius der anderen Seite, herrührend von einer Erkrankung des Großhirnschenkels. In unserem Falle kombiniert sich die spastische Hemiplegie, verbunden mit rechtsseitigem Hemi-Tremor außerdem mit einem Hemispasmus des 6. und 7. Kopfnerven; es handelt sich also um eine Affektion des Gehirnschenkels und der Brücke.

Aus verschiedenen Gründen, welche der Vortragende auseinandersetzt, muß die vorliegende Erkrankung verursacht sein durch eine Poliomesencephalitis (Typus Wernicke).

Digitized by Google

3. **Zwei Fälle von Hydrocephalus acquisitus** bei zwei Kindern von 4 und 6 Jahren. Im ersten Fall handelt es sich um einen idiopathischen Hydrocephalus auf Grund einer Meningitis serosa, entstanden im Verlauf einer Lungenentzündung. Im zweiten Fall ist der Hydrocephalus sekundär entstanden infolge eines Solitärtuberkels des Cerebellums.

4. Prof. Combe zeigt Fälle von **Myxoedem**, seit 6 Jahren mit Schilddrüsenpräparaten behandelt. Seine Erfahrung, beruhend auf ca. 30 Fällen, erlaubt folgende Schlüsse: Bei allen verschwindet der myxoedematöse Zustand; das Gesicht, die Zunge, die Haut werden normal. Das Wachstum wird normal bei den Kindern, wo die Behandlung vor dem zweiten Jahr begann, fast normal, wo sie vor dem zehnten Jahr begann, es bleibt aber sehr zurück, wenn die Behandlung erst später einsetzt. Die Intelligenz wird normal bei den Kindern, wo die Behandlung vor dem sechsten Lebensmonat beginnt, sie bleibt zurück wenn die Behandlung erst im zweiten Jahr beginnt, sie entwickelt sich sehr wenig, wenn die Behandlung erst nach dem zehnten Jahr einsetzt.

5. In letzter Linie spricht der Vortragende über **Infantilismus.** Wie Hertoghe und Ausset, nimmt er einen myxoedematösen Infantilismus an, aber entgegen diesen Autoren glaubt er wie Hutinel, daß der Infantilismus nur ein Symptom ist, welches durch zahlreiche Krankheiten der Eltern verursacht werden kann (Lues, Tuberkulose, Alkoholismus, Malaria), und auch durch angeborene oder erworbene Krankheiten der Kinder selbst: angeborene Herzfehler und chronische Darmleiden. Zur Illustration dieser Auffassung zeigt Prof. Combe ein Mädchen von 5 Jahren mit Infantilismus, verursacht durch einen Mangel des Ventrikelseptums des Herzens Rogersche Krankheit). Er zeigt sodann eine Reihe anatomischer Präparate von Kindern mit angeborenen Herzfehlern, welche im Spitale gestorben waren.

Berliner med. Gesellschaft.

(Sitzungen vom 11. bis 25. März 1903.)

(Schluß).

Ledermann demonstriert 3 Fälle von **Aplasia pilorum moniliformis**, darunter einen 10jährigen Knaben, der äußerst spärlichen Haarwuchs aufweist. Haare dünn, glanzlos, meist nur einige cm lang, viele dicht über der Kopfhaut abgebrochen und wie feine Stoppeln die Kopfhaut bedeckend, die teilweise atrophisch verändert ist, teilweise kleine, an die Haarfollikel gebundene, schuppenbedeckte Knötchen zeigt (Lichen pilaris oder Keratosis follicularis). Die Affektion bestand seit den ersten Lebensmonaten, nachdem das ursprünglich reichlich vorhandene Haarkleid ausgefallen war. Die mikroskopische Untersuchung ergab das typische Bild der Spindelhaare. Die 42jährige Mutter des Pat. leidet seit ihrer Jugend an der gleichen Affektion und trägt eine Perücke. Die Affektion — sie besteht darin, daß die Haare abwechselnd spindelförmige Anschwellungen mit mehr oder weniger starker zentraler Luftfüllung und Einschnürungen zeigen, an denen das Mark häufig ganz verloren gegangen ist, so daß sich die beiden Kutikularsäume fast berühren — tritt meist hereditär auf und ist im Sinne einer Hemmungsbildung aufzufassen; die Therapie ist machtlos.

Mosse stellt 3 Kinder mit **angeborenen Herzfehlern** vor. Zunächst einen 10jährigen Jungen, bei dem erstens ein systolisches Geräusch über der ganzen Herzgegend auffällt, das sein Punctum maximum nicht über einem Ostium, sondern in der Mitte der Herzdämpfung, im 4. Interkostalraum hat. Zweitens fühlt man ein sehr intensives transversales Schwirren ebenfalls am deutlichsten im 4. Interkostalraum, und zwar in der Richtung von links nach rechts hinübergehend. Es handelt sich höchstwahrscheinlich um einen angeborenen Defect im Septum ventriculorum. Um die Verschiedenheit der Intensität des systolischen Geräusches beim Septumdefekt und bei Pulmonalstenose zu demonstrieren, zeigt M. einen 6 und einen $2^1/_2$jährigen Jungen mit kongenitaler Pulmonalstenose. Bei dem älteren, durch intensive Cyanose auffallenden Knaben hat M. eine Blutuntersuchung gemacht, die, wie in den meisten Fällen der Literatur, Hyperglobulie, Vermehrung der roten Blutkörperchen ergab.

A. Baginsky führt einen Krankheitsfall mit einer eigenartigen Veränderung

Digitized by Google

der Haut vor, vielleicht ein Unicum. Zunächst aber demonstriert er, um zu illustrieren, daß jenes Kind nicht an Sklerodermie leidet, ein anderes mit wirklicher **Sklerodermie** behaftetes Kind, das am 15. Oktober 1902 geboren, im Sommer v. J. erkrankte, indem sich ohne besondere Ursache am rechten Oberschenkel, der Trochanterengegend entsprechend, eine kaum groschengroße, bläulich-weiße Stelle zeigte, die allmählich größer wurde und sich schließlich in eine strahlige, weißglänzende, narbenähnliche, flache Stelle umwandelte. Nacheinander entstanden mehrere solche Flecken am rechten Hinterbacken, am Rücken, am Fußrücken, in der Gegend des rechten äußeren Knöchels. Seither ist nun bei dem bis dahin gesunden, einzigen Kinde gesunder Eltern keine therapeutische Maßnahme imstande gewesen, das Leiden aufzuhalten, das vielmehr stetig fortschritt. Man konstatiert, daß die ganze Trochanterengegend bis über den rechten Hinterbacken hinauf in eine Art von tiefgehender, von einer strahlig glänzenden, härtlich sich anfühlenden, von dicker Haut bekleideten Narbe verwandelt ist, so zwar, daß die Haut wie an den Knochen angepreßt und festgeheftet erscheint. Ebenso am rechten Unterschenkel, fast in der ganzen Ausdehnung des unteren Drittels, und in der Umgebung des äußeren Knöchels, wo die Haut so fest und derb dem Knochen aufliegt, daß sie nicht abhebbar, sondern an dem Knochen festgeheftet erscheint. Ähnlich am rechten Fußrücken. Aber auch sonst an den verschiedensten Körperstellen kleine, sonderbare Figuren bildende, bläulich-weißglänzende Stellen, offenbar Anfänge der gleichen Veränderungen, die sich als echte progressive Sklerodermie (en plaques) charakterisieren, eine bei Kindern recht seltene Affektion. Warme Seifenbäder mit Massage und Fetteinreibungen haben bisher ebensowenig Erfolg dagegen gehabt, wie Soolbäder und Salol intern. Das andere, $5^3/_4$ Jahre alte Kind bekam anfangs Februar d. J., nachdem es einige Tage appetitlos und unwohl gewesen, eine Verhärtung der Haut am Halse, die nach der Beobachtung der Mutter alsbald sich weiter ausdehnte, so daß letztere die Aufnahme ins Krankenhaus veranlaßte. Hier ergab die Untersuchung folgendes: Die ganze Gesichtshaut, bis auf eine kleine Partie um den Mund herum, auch Wangen, Augenlider, Stirnhaut fühlen sich bretthart und fest an; die Haut am Kinn und unterhalb desselben am ganzen Halse und Nacken ist derb, fest, steif, an der Oberfläche glatt und zart, nicht rauh, aber so derb und fest, daß man ein festweiches Stück Kautschuk anzufassen glaubt. Ebenso die gesamte übrige Körperhaut: überall die glatte Oberfläche ohne Abschuppung oder besonders auffallende Farbe, die festweiche kautschukähnliche Konsistenz, die aber nicht allein die Haut betrifft, sondern auch Unterhautzellgewebe und Muskeln — Sensibilität normal, ebenso Motilität, das Kind springt lustig herum, Sprache und Schlingen unbehindert, Haut- und Muskelreflexe normal. Neben der Glätte, Faltenlosigkeit und Verstrichenheit der Haut fällt auch die Steifheit des Haupthaares sofort auf. Mit Sklerodermie hat der Zustand sicher nichts zu tun, auch um Sklerödem, Sklerema adiposum handelt es sich nicht, mit Myxödem ist das liebliche, gescheite Kind sicher auch nicht behaftet. B. möchte die sonderbare Erkrankung als „Staitinodermie" (teigige Haut) bezeichnen.

A. Baginsky zeigt ferner ein anatomisches Präparat, das von einem plötzlich in einem Anfalle von **Laryngospasmus** verstorbenen Kinde stammt. Dasselbe, $8^1/_2$ Monate alt, wurde wegen Stimmritzenkrampf, Zuckungen und Krämpfen in den Extremitäten und heftigen allgemeinen Krämpfen aufgenommen. Schlecht ernährt, mit rachitischen Veränderungen behaftet, zeigte es krampfartige Zustände in der Extremitäten- und Rumpfmuskulatur. Muskeln der Extremitäten bretthart; Chvosteksche, Trousseausche Phänomene. In einem Anfall von heftigem Laryngospasmus trotz aller Hilfe Exitus. Oberhalb der sehr kleinen Thymusdrüse, noch innerhalb des vorderen Mediastinum, aber ins Jugulum hineinreichend, fand sich ein großes, hartes, käsig degeneriertes Konvolut von Lymphdrüsen vor, in welches der N. vagus der linken Seite vollständig eingepackt erschien; desgleichen war der linke N. phrenicus von dem Drüsenpaket an einer Stelle eingehüllt, während er etwas weiter abwärts über die Drüse gelagert nach dem Zwerchfell hinabzog. Zweifellos haben sich beide Nerven so in einem dauernden Reizzustand befunden. Es war kaum möglich, bei dem kleinen Kinde aus etwaigen Begleiterscheinungen, der Herzaktion usw., auf eine Vagusaffektion zu fahnden; indes können wohl auch ohne solche die laryngospastischen Phänomene auf die Vagusreizung, der Atemstillstand vielleicht auch auf die Phrenicusalteration bezogen werden. Es wäre also der Vorgang so zu denken, daß der Tod auf dem

Digitized by Google

Boden der allgemeinen tuberkulösen und rachitischen Kachexie durch die Läsion peripherer Nerven bedingt gewesen ist, ein Seitenstück zu den durch große Thymus bedingten plötzlichen Todesfällen.

IV. Neue Bücher.

Rudolf Fischl. **Die Ernährung des Säuglings in gesunden und kranken Tagen.** Stuttgart 1903, Verlag von F. Enke. Preis: Mk. 2.

Der Verf. hat sechs populäre Vorträge, die er gehalten hat, zu einem Ganzen vereinigt. Leider liegen bereits so viele zum Teil ja auch recht beachtenswerte Schriftchen gleichen Inhaltes vor, daß es Fischl wohl ziemlich schwer werden dürfte, einen großen Leserkreis zu finden. Und doch verdient das Büchlein weiteste Verbreitung und ragt hoch hinaus über viele Schriften ähnlichen Titels, mit denen der Büchermarkt überschwemmt ist. Der Verf. hat es ausgezeichnet verstanden, mit wenig Worten viel zu sagen, und so zu sagen, daß es auch allgemein verstanden wird. Er hielt sich streng an die Wissenschaft und schildert doch überall fein pointiert und interessant selbst spröde Stoffe. Er überschreitet nirgends die Grenzen, die ein populär-medizinischer Autor strikte beachten muß, will er nicht Halbwissenschaft und Kurpfuscherei großziehen. So bezitzt das kleine Buch große Vorzüge, und der Arzt wird vielen Nutzen stiften, der es den Müttern warm zur Anschaffung empfiehlt. Grätzer.

Neue Dissertationen.

D. Bantlin. Über einen Fall von Lebercirrhose im Kindesalter (Tübingen). — **Fr. Butzon.** Über Nasenpolypen im Kindesalter (Straßburg). — **Er. Conrad.** Über den heutigen Stand der Kenntnis der Vincentschen Angina (München). — **W. Dugge.** 2 Fälle fortgeschrittener Friedreichscher Krankheit bei zwei Geschwistern (Rostock). — **Ed. Frank.** Naevi pigmentosi disseminati bei hochgradigem, stetig zunehmendem Hydrocephalus eines neugeborenen Kindes (München). — **H. E. Geinitz.** Beiträge zu Lebererkrankungen im Kindesalter (Halle). — **W. Hammer.** Über Thymuserkrankungen und Thymustod (Freiburg). — **A. Th. Haymann.** Amniogene und erbliche Hasenscharten (Leipzig). — **Alfr. Hellmann.** Die Bedeutung der Schilddrüse in der Nosologie, nebst einem Fall von infantilem Myxödem (Gießen). — **v. Janta-Pólczynski.** Ein Beitrag zur Behandlung der Rachendiphtherie (Berlin). — **W. Kloninger.** Zur Ätiologie und Prognose des Nystagmus bei jungen Kindern (Leipzig). — **H. Klose.** Über den Scharlach der Kinder, mit besonderer Berücksichtigung des Fiebers (Straßburg). — **Arth. Koblenzer.** Über postdiphtheritische Lähmungen mit spezieller Berücksichtigung zweier Fälle von doppelseitiger Rekurrenzlähmung (München). — **A. Kreutzkamp.** Ergebnis der Credéschen Prophylaxe in der Frauenklinik zu Halle 1899—1903 (Halle). — **J. Mahr.** Über Verkrümmung des Beines nach Resektion des Kniegelenkes im Kindesalter (Kiel). — **P. Matthieu.** Die rachitischen Deformitäten des Vorderarmes im Röntgenbilde (Leipzig). — **E. Prätorius.** Zur patholog. Anatomie der Poliomyelitis anterior acuta infantum (München). — **W. Riedel.** Über das Auftreten von Geschwüren im Gesicht nach Masern (Leipzig). — **F. W. Schön.** Maligne Hodengeschwülste in den beiden ersten Lebensdezennien (Leipzig). — **Arth. Schubart.** Über psychische Störungen bei Chorea minor (Kiel). — **F. Schulz.** Über die Gewichtsverhältnisse der Säuglinge am 10. Lebenstage gegenüber dem Gewicht bei der Geburt (Greifswald). **Alfr. Tienes.** Über das Verhalten des Milz bei Rachitis (Leipzig). — **P. Walter.** Beitrag zur operativen Behandlung der kongenitalen Hüftgelenksluxation (Freiburg). — **A. Zabel.** Über Blennorrhoea neonatorum ohne Gonokokken (Halle). — **Arth. Zeidler.** Zur Ätiologie und Symptomatologie der zerebralen Kinderlähmung (Leipzig). — **W. Zimdars.** Über kongenitale Zystennieren (Greifswald).

Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

Centralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

VIII. Jahrgang. 1. Dezember 1903. No. 12.

I. Referate.

J. K. Friedjung u. A. F. Hecht. Kasuistisches aus dem Jahresberichte.

(Aus der Kinderabteilung Prof. Monti und Prof. Frühwald der Allgem. Poliklinik in Wien.)

(Wiener med. Wochenschrift 1903 No. 36.)

Ein 6jähriges, kräftiges Mädchen, vorher gesund, wird ohne sichtbare Ursache mitten in der Gesundheit von einem apoplektiformen Insult überrascht, mit halbseitigen Krämpfen (links) nach Hause gebracht. In den nächsten Tagen wiederholen sich die Anfälle weniger heftig, es kommt zu einer spastischen Hemiparese der linken Seite, Sprache und Intelligenz werden geschädigt, am siebenten Krankkeitstage sistieren die wieder heftig gewordenen Konvulsionen nur noch für kurze Intervalle, und unter terminaler Temperatursteigerung stirbt das Kind nach einem halben Tage.

Was lag vor? Es konnte sich nur um eine scharf lokalisierte Herderkrankung handeln; ein Tumor war zu vermuten. Nun ergab die Obduktion nichts anderes, als hochgradige Hyperämie der Meningen und der Gehirnrinde neben Ödem des Gehirns. Die Hyperämie des Gehirns mußte jene Erscheinungen veranlaßt haben. Und in der Tat liegen Literaturangaben vor, nach denen Gehirnhyperämie solche Symptome hervorzurufen imstande ist. Die Ursache dieser Hyperämie blieb hier aber dunkel, ebenso ist der langwierige Verlauf schwer zu deuten. **Grätzer.**

Concetti. Ein Fall von Pseudobulbärparalyse infolge von Gehirnläsion bei einem 5jährigen Knaben.

(Policlinica 1903 No. 1.)

Der Symptomenkomplex, der sich sehr rapid in der Rekonvaleszenz nach mittelschwerer Diphtherie entwickelte, war folgender: Erbrechen, apoplektiformer Insult bei ungetrübtem Bewußtsein, mit schlaffer halbseitiger Lähmung, Aufhebung der Sehnen- und Hautreflexe, Facialisparese, Babinskischem Symptom nur auf der linken Seite; Hyperästhesie der Glieder mit ataktischen Bewegungen rechts; Lähmung der Zunge, des Gaumensegels besonders links; Schlucken und Sprechen unmöglich, Atmung beschleunigt mit Cheyne-Stoke-

Digitized by Google

schem Typus, Puls schnell, fadenförmig. Schließlich trat Bewußtseinsstörung und Koma und nach 3 Stunden der Exitus ein. Bei der Autopsie fand man einen Embolus, der die rechte A. Sylviae verstopfte, und beginnende Erweichung der Rindensubstanz in der entsprechenden Region; außerdem einen Thrombus im linken Herzohr, Nephritis und frische Myokarditis.

Der Fall erweist die Möglichkeit des Bestehens eines bulbären Symptomenkomplexes bei völliger anatomischer Intaktheit des Bulbus.

F.

Edoardo Orefice. Multiple Embolien und Thrombosen der Zerebralgefäße.

(La Clinica Pediatrica, Juni 1903.)

Verf. gibt ausführliche Krankengeschichte nebst Sektionsbefund zweier Fälle. Im ersten führten die epikritischen Überlegungen zu der Diagnose: Multiple zerebrale Erweichungsherde, verursacht durch Embolien infolge Endokarditis wahrscheinlich fötalen Ursprungs. Im zweiten Falle handelte es sich um multiple Thrombosen der Hirngefäße; Verf. führt sie zurück auf den marantischen Zustand des Kindes und die durch häufige Diarrhöen und Erbrechen bewirkte Eindickung des Blutes.

F.

G. W. Boot. A case of Blindness and Deafness following Eclampsia in a child.

(American Medicine, den 1. August 1903.)

Das 6jährige Mädchen bekam im Verlaufe einer Enterocolitis einen kurzen Krampfanfall, aus welchem sie blind und taub erwachte. Beide Störungen dauerten nur 15 Stunden und schwanden vollständig. Lähmungen oder Aphasie waren nicht vorhanden.

Leo Jakobi (New York).

Carlo Francioni. Ein eigentümlicher Fall von Zerebralsklerose.

(Rivista di Clinica Pediatrica 1903 No. 4.)

Verf. gibt eine sehr ausführliche Krankheitsgeschichte des einen $10\frac{1}{2}$jährigen Knaben betreffenden Falles, sowie einen genauen Sektionsbericht nebst den Resultaten der histologischen Untersuchung vom Zentralnervensystem. Es fanden sich hauptsächlich Veränderungen in der Rindensubstanz der beiden Hinterhauptslappen, Veränderungen, die vom Verf. als Residuen eines entzündlichen oder degenerativen Prozesses gedeutet werden. Im Rückenmark fand sich ein großer Teil der Seiten- und Vorderstränge des oberen Zervikalmarks degeneriert besonders in der Gegend der Pyramidenbündel.

Die Anfangssymptome der Erkrankung waren Erbrechen, Kopfschmerz, es folgten epileptiforme Anfälle und langsamer progressiver Verlust des Sehvermögens auf beiden Augen. Der Irisreflex auf

Digitized by Google

Lichteinfall war dabei vollkommen erhalten; die Erklärung für diese Tatsache ist dadurch gegeben, daß bei der Sektion die Nervi optici bis zu ihrem Eintritt in die primären Sehzentren völlig intakt gefunden wurden.

Die Krankheit, als deren Residuen Verf. die im Zentralnervensystem gefundenen Veränderungen ansieht, hält er für eine tuberkulöse Encephalitis, die wahrscheinlich in Begleitung einer tuberkulösen Meningitis aufgetreten war. F.

Jos. K. Friedjung. Zwei Fälle von Glioma cerebri.

(Archiv f. Kinderheilkunde, Bd. 35, Heft 5 u. 6.)

Der erste Fall ergab bei der Sektion ein kleinapfelgroßes Gliom des Pons und der Vierhügel mit fast vollständiger Infiltration derselben und Kompression der linksseitigen Hirnnerven IV-XII; im Vordergrund der Erscheinung stand die zerebellare Ataxie, die sich als Herdsymptom bei Erkrankungen des Kleinhirns, namentlich seines Mittellappens, wohl auch als indirektes Symptom bei Herden in unmittelbarer Nachbarschaft, so auch der Vierhügel findet. Auf die Corpora quadrigemina weist aber ganz besonders die mehrfache Augenmuskellähmung hin (linker Abducens und beide Okulomotorii, namentlich der rechte), dazu kamen Schwerhörigkeit, links stärker als rechts, vermindertes Sehen, und Protrusio bulbi links, um das Bild der Herderkrankung der Vierhügel zu vervollständigen. Damit vereinigten sich aber noch charakteristische Erscheinungen einer Läsion der Brücke. Vor allem das bekannte Symptom der Hemiplegia alternans inferior: der linke Facialis, die rechten Extremitäten gelähmt, das weist fast unfehlbar auf einen Herd der linken Brückenhälfte. Auch die Störung der Sprache und des Schlingens durfte wohl mit der Brückenerkrankung in Zusammenhang gebracht werden. Wie gewöhnlich waren die Sehnenreflexe gesteigert.

Der zweite Fall bot bei der Obduktion ein fast mannesfaustgroßes, zum großen Teil hämorrhagisches Gliom der rechten Großhirnhemisphäre mit Verdrängung der Stammganglien nach rechts. Hochgradige Abplattung der Hirngyri und chronischer Hydrocephalus internus. Seit dem 15. Lebensmonate traten durch lange Zeit jeden Morgen „Ohnmachtsanfälle“ ohne Krämpfe mit leichter Cyanose von kurzer Dauer auf, denen mehrstündiger Schlaf folgte. In den letzten 8 Monaten blitzartige Zuckungen aller vier Gliedmaßen, sowie rasche Drehungen des Kopfes nach rechts. Pat., der bereits gehen konnte, hat seit 4 Monaten zu laufen aufgehört und konnte nicht einmal mehr sitzen. Die Diagnose wurde angesichts des auffallend vergrößerten Kopfes, der offenen und gespannten großen Fontanelle und Nähte, der Stauungspapille, der charakteristischen Augenstellung („abwärts geschoben“ mit leichtem Strabismus convergens) und der Abwesenheit von Herdsymptomen auf Hydrocephalus chronicus gestellt. Bemerkenswert war das überraschend schnelle Ende des Kranken: nach einer unter den üblichen Kautelen gemachten Lumbal-

Digitized by Google

punktion treten plötzlich Konvulsionen auf und im Verlaufe von 21 Stunden stirbt das Kind. Die Vermutung liegt nahe, daß der rasche Exitus mit der Punktion in ursächlichem Zusammenhange steht.

Hecker (München).

Béla Schick. Zur Kenntnis der „Hypertrophia cerebri“ als Krankheitsbild im Kindesalter.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde, Bd. 57, Heft 4.)

Zwei klinisch beobachtete und sezierte Fälle geben dem Verf. Gelegenheit, die pathologische Anatomie, die Symptomatologie und Differentialdiagnose dieser seltenen Erkrankung zu studieren. Aus den Beobachtungen sei hervorgehoben: in beiden Fällen Vorhandensein hereditärer psychopathischer Belastung. Persistenz der Thymus; klinisch in dem einen Fall epileptiforme Anfälle, die kurz vor dem Tode in rasch aufeinanderfolgende, hauptsächlich klonische Krämpfe diffuser Natur ohne bestimmte Lokalisation übergingen; dabei tiefer Sopor; terminal ansteigendes Fieber. Die Lumbalpunktion ergab auffällig niedrigen Druck (7—8 mm Hg gegen 3,25 mm normal). Beim zweiten Fall hauptsächlich klonische Krämpfe diffuser Art mit Ausschaltung des Bewußtseins. Die Krämpfe waren zum größten Teil reflektorisch durch äußere Reize bedingt. Krampfhafter Kieferschluß mit furchtbaren allgemeinen Konvulsionen, sobald nur der Löffel in die Nähe des Mundes kam. Durch Lumbalpunktion überhaupt keine Flüssigkeit zu erhalten, der Druck gleich Null. In beiden Fällen in den letzten Tagen fast unzählbarer Puls und exzessive hohe, zerebral bedingte Temperaturgrade. Diagnostisch möchte B. als eine Erscheinungsform der Hypertrophia cerebri hinstellen: bald nach der Geburt beginnende, hauptsächlich klonische Krämpfezustände diffuser Art ohne bestimmte Lokalisation mit Aufhebung des Bewußtseins und mit Herabsetzung des zerebrospinalen Druckes, eventuell gänzlich negativer Ausfall der Lumbalpunktion.

Hecker (München).

H. Schlöss. Über einen Fall von infantiler Paranoia.

(Aus der niederösterreich. Landes-Irrenanstalt in Kierling-Gugging.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 23.)

S. bezeichnet als Paranoia eine Psychose, die sich darin äußert, daß bei erhaltenem Bewußtsein primär entstandene Wahnvorstellungen dadurch, daß sie sich nach logischen Gesetzen verbinden, ein zusammenhängendes System bilden. Die Armut der kindlichen Begriffe bedingt bei Kindern natürlich eine gewisse Dürftigkeit jener Wahnvorstellungen.

S.s Pat., ein 12jähriger Schulknabe, der schon in den ersten Lebensjahren an schweren Stimmritzenkrämpfen litt, frühzeitig Alkohol genoß und masturbierte, dazu psychopatisch belastet war, zeigte sehr bald einen ethischen Defekt. Er stahl, log, schimpfte in gemeinen

Digitized by Google

Ausdrücken usw. Dann bildeten sich rasch Wahnideen aus, die hauptsächlich darin bestanden, daß er, der über ein ziemliches Vermögen verfügte, fürchtete, von den Ärzten, seinem Onkel, von Anarchisten usw. vergiftet zu werden um seines Reichtums wegen, den er dazu bedeutend überschätzte. Er war daher sehr vorsichtig im Genuß von Speisen, nahm überall eigentümliche Gerüche wahr; aus Rache bespuckte er alle, war oft deprimiert, dann zu Bosheiten geneigt. Es kam hier also schon in einer Lebensperiode, in welcher die Systematisierung von Wahnvorstellungen eine Seltenheit ist, zu einer solchen. Daß das System ein dürftiges war, lag eben am Mangel voller psychischer Entwicklung und des vollen Ausdrucksvermögens.

Grätzer.

M. Probst (Wien). Zur Klinik und Anatomie fortschreitender Verblödungsprozesse im Kindesalter.

(Wiener med. Wochenschrift 1903 No. 25 u. 26.)

Rindenprozeß mit Schwund der Ganglienzellen und markhaltigen Fasern, Erweiterung der Gefäße, Kernvermehrung der Gefäßwand, ausgebreitet über Stirn-, Schläfen-, Scheitel- und Hinterhauptshirn. Lues war bei dem 17jährigen Mädchen, das im zwölften Lebensjahre erkrankt war und bei zunehmender Verblödung unter dem Bilde der progressiven Paralyse 5 Jahre später starb, nicht nachweisbar.

Grätzer.

B. Sachs (New York). Ein weiterer Beitrag zur amaurotischen familiären Idiotie, einer Erkrankung hauptsächlich der grauen Substanz des Zentralnervensystems.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 28.)

S. hatte Gelegenheit, bei einem $2^1/_2$jährigen mit amaurotischer familiärer Idiotie behafteten Kinde die Autopsie zu machen. Es fanden sich u. a. kleine Hirnwindungen, fissurale Abnormitäten (Konfluenz der Fissura Rolando mit der Fissura Sylvii usw.), mangelhafte Entwicklung der meisten Fasern im Gehirn, Degeneration der Pyramidenfasern in den Seiten- und Vordersträngen des Rückenmarks. Diese Degeneration war auch deutlich in der Capsula interna, in den Hirnschenkeln, in der Brücke und in der Medulla oblongata. Weit auffallender waren die Störungen in der grauen Substanz; sie waren ziemlich gleich in der Hirnrinde, in den Kernen der Hirnnerven, in der vorderen und hinteren grauen Substanz des Rückenmarks vom zervikalen bis zum sakralen Teile hinab. Die Veränderungen stimmten genau überein mit denen, die Hirsch bei einem Falle gefunden hat, und mit denen, die S. selbst bei zwei Fällen 1887 und 1892 entdeckte. Nirgends Anzeichen eines entzündlichen Prozesses, dagegen geringe Vermehrung der Neurogliazellen im ganzen Zentralnervensystem. Die auffallendste Veränderung aber betraf die großen Ganglienzellen der grauen Substanz. In der Rinde und in der vorderen

Digitized by Google

grauen Substanz des Rückenmarks fand sich kaum eine normale Ganglienzelle; der Zellkörper zeigte sich total verändert, erschien wie eine homogene Substanz, der Kern meist an die Peripherie des Zellkörpers verschoben.

Daraus ließe sich der Schluß ziehen, daß es sich bei der amaurotischen familiären Idiotie um eine Affektion hauptsächlich der zentralen grauen Substanz im Gehirn und Rückenmark handelt; die Entartung der weißen Fasern in den vorderen und Seitensträngen ist wahrscheinlich eine sekundäre. Das Wesentliche des Prozesses bleibt noch in Dunkel gehüllt, jedoch denkt sich S. die Sache so, daß die graue Nervensubstanz solcher Kinder, welche die Fähigkeit besessen hat, sich bis zum Alter von 4—6 Monaten normal auszubilden, nach dieser Zeit eine Störung der normalen Entwicklung erleidet: erst Entwicklungshemmung, dann Degeneration. Bei manchen anderen Krankheitsbildern sind bereits ähnliche anatomische Veränderungen gefunden worden. So von Spiller bei einem Falle von kongenitaler spastischer Starre, von Rolly bei Littlescher Krankheit. Also bei verwandten Krankheitszuständen ließen sich ähnliche Zellenbilder nachweisen. S. hat auch nie die amaurotische familiäre Idiotie als vollständig eigenartige Erkrankung aufgefaßt, nur als besonderes Krankheitsbild, und ein solches liegt zweifellos vor. Klinisch ist die Gruppe sicherlich von der gewöhnlichen Idiotie und den verschiedenen spastischen Hirnlähmungen der Kinder zu differenzieren, es liegt aber eine Verwandtschaft mit den sonstigen kongenitalen Lähmungen zweifellos vor. Jetzt ist auch erwiesen, daß die amaurotische familiäre Idiotie enge anatomische Beziehungen aufweist zu anderen Krankheitsbildern, die ebenfalls auf Störungen in der normalen Entwicklung des Zentralnervensystems beruhen. Was die Affektion besonders auszeichnet, ist die Tatsache, daß die Störungen hauptsächlich und jedenfalls primär die graue Substanz des Hirns und des Rückenmarks betreffen. Vieles bleibt noch dunkel, so der Umstand, daß gerade diese Krankheitsform sich fast ausschließlich bei Kindern jüdischer Abstammung ausbildet (auch der neue Fall S.s betraf ein solches). Grätzer.

Georg Heimann. Ein Beitrag zur Idiotenstatistik.

(Allg. Zeitschr. f. Psych.. Bd. 60, Heft 3.)

Unter 1935 Idioten der Irren- und Idiotenanstalten im Jahre 1900 waren 646 in der Land-, Forstwirtschaft und Gärtnerei tätig, 146 im Handel, 24 im Verkehrsgewerbe, 578 in der Industrie, 31 im Bergbau, 441 in häuslichen Diensten, 69 in Militär-, bürgerlichem, kirchlichem Dienste und freien Berufsarten. Verf. stellt in seiner Arbeit fernerhin die Angaben über die Kriminalität der Idioten zusammen. Als stumm bezw. taubstumm werden 147, als taub oder schwerhörig 22 bezeichnet, blind waren 79. Epilepsie fand sich 35, Chorea 27, Athetose 5mal. Bei 231 ist Mikrocephalie, bei 153 Hydrocephalus notiert. Ätiologisch kann 80mal englische Krankheit, 15mal angeborene Syphilis, 55mal Gehirnentzündung im ersten Jahre, 114mal

Digitized by Google

eine im ersten Jahr erlittene Kopfverletzung in Betracht. Ferner spielt Erblichkeit, Trunksucht der Eltern, Blutverwandtschaft der Eltern eine Rolle. Sehr hoch ist die Zahl der unehelich Geborenen.

Kurt Mendel.

H. Stakemann (Rotenburg i. Hann.). Welche besonderen Einrichtungen sind bei der Anstaltsbehandlung der Epileptischen erforderlich?

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 60, Heft 5.)

Verf. faßt die Hauptergebnisse seiner Arbeit in folgenden Sätzen zusammen:

1. Für die große Mehrzahl der Epileptischen ist die Anstaltspflege nötig.

2. Die Unterbringung derselben in Irrenanstalten, gemeinsam mit frischen Fällen von Geisteskranken, führt zu großen Unannehmlichkeiten und entspricht nicht den heutigen Anschauungen der Irrenpflege.

3. Es liegt daher sowohl im Interesse der Irrenanstalten, als auch der Epileptischen, insbesondere der großen Menge der sogenannten geistesgesunden Epileptischen, daß Sonderanstalten für letztere erbaut werden, wie solche sowohl als staatliche, wie als private bereits bestehen und sich bewährt haben.

4. Dieselben sollen jedoch ausnahmsweise auch anderen „Krampfkranken" zur Aufnahme dienen können; auch ist die Aufnahme unterrichtsfähiger Idioten erwünscht, wenn dieselben gleichzeitig epileptisch sind.

5. Die Einrichtungen in diesen Sonderanstalten müssen sich streng an die erprobten Einrichtungen der staatlichen Irrenanstalten anlehnen. Die Zumischung eines geringeren Prozentsatzes von Geisteskranken empfiehlt sich sowohl im Interesse der Ärzte und des Pflegepersonals, als auch der praktischen Behandlung der Kranken selbst.

6. Den staatlichen Sonderanstalten gebührt wegen der Einheitlichkeit der ärztlichen und administrativen Maßnahmen und wegen der meist größeren Vollkommenheit der baulichen, technischen und inneren Einrichtungen vor den Privatanstalten im ganzen der Vorzug, doch sind auch Privatsonderanstalten für Epileptische, in welchen die ganze Fürsorge für die Kranken in der Hand eines psychiatrisch gebildeten Arztes liegt und deren Gesamteinrichtungen den modernen Anforderungen an eine Irrenanstalt entsprechen, als zur Bewahrung, Kur und Pflege geeignet anzusehen.

7. Die besonders zu fordernden Einrichtungen an diese Sonderanstalten beschränken sich im wesentlichen auf den besonderen Schutz der Kranken vor Verletzungen und Unglücksfällen jeder Art. Im übrigen sollen sich dieselben von den eigentlichen Irrenanstalten möglichst wenig unterscheiden.

8. An die Pflichttreue, Aufmerksamkeit und Selbständigkeit des Pflegepersonals an Sonderanstalten für Epileptische müssen besonders hohe Anforderungen gestellt werden. Weibliche Pflege ist auf der Männerabteilung nicht angebracht.

Kurt Mendel.

Digitized by Google

Sala und **Rossi.** Zur Frage über einige angebliche toxische und therapeutische Eigenschaften des Blutserums von Epileptikern.

(Neurol. Zentralbl. 1903 No. 18.)

Im Gegensatz zu Ceni fanden Verff. in fünf Fällen von Epilepsie, daß

1. die Injektionen mit Blutserum von Epileptikern keinen wohltätigen Einfluß auf den Verlauf des Krankheitsbildes ausübten und
2., daß niemals eine toxische Erscheinung — weder vorübergehend noch dauernd — sich zeigte; vielmehr bleiben die Organismen den Seruminjektionen gegenüber völlig neutral. Kurt Mendel.

Biro. Über Epilepsie.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenh., Bd. 23, Heft 1 u. 2.)

Verf. stützt seine Ausführungen auf die Beobachtung von 306 Fällen von Epilepsie. Es waren hiervon 55 % männlichen, 45 % weiblichen Geschlechts, darunter 37 % Knaben und 63 % Mädchen unter 13 Jahren. Ein einzelnes Trauma reicht aus, um die Anfälle hervorzurufen. In 10 % konnte ein psychisches Trauma nachgewiesen werden. In 1 % stellte sich das Leiden im Anschluß an adenoide Wucherungen ein, in 10 % nach Infektionskrankheiten (Masern, Typhus, Meningitis), in 14 % als Folge des Alkoholismus der Eltern. Direkte Heredität fand sich in 6 %, das Leiden vererbt sich 3mal so häufig von dem Vater auf die Kinder als von der Mutter, und zwar haben die Söhne die Krankheit vom Vater, die Töchter von der Mutter.

In 28 % Aura, die bei demselben Kranken fast immer in gleicher Form auftrat. Erbrechen in 2 %. Der Zungenbiß ist vom Alter, von der Dauer und Stärke des Anfalls unabhängig. Unwillkürlicher Harnabgang ist häufiger bei Frauen als bei Männern, seltener ist Incontinentia alvi. In 2 % Epilepsia procursiva, in 4 % Albuminurie. In 58 % der Fälle traten die Anfälle am Tage und in der Nacht, in 29 % nur nachts, in 8 % häufiger am Tage und in weniger als 5 % nur am Tage auf. 14 % waren geistesschwach. In 98 % blieb der Typus der Anfälle konstant, in 60 % Abnahme der freien Intervalle mehr oder weniger beständig, in 26 % waren die Intervalle fast gleichmäßig und in 12 % verlängerten sie sich stets und stufenweise.

Die Behandlung hat stets mit Brom zu beginnen; falls es nichts nützt, wende man eine kombinierte Methode (Bechterew, Flechsig, Ziehen) an. Ist auch diese erfolglos, so versuche man die Toulouse-Richetsche Behandlung, eventuell Bromipin, Bromalin, Atropin usw.

Kurt Mendel.

Digitized by Google

Carlo Ceni. Spezifische Autocytotoxine und Antiautocytotoxine im Blute der Epileptiker.

(Neurol. Zentralbl. 1903 No. 8.)

Im Epileptikerblut kreist nach C. zusammen mit einem spezifischen Autocytotoxin auch ein Antiautocytotoxin. Dieses antitoxische Prinzip ist jedoch nicht im lebenden Plasma löslich; aber es findet sich im Blute in einem latenten Zustande, an die zelligen Elemente des Blutes gebunden, von denen es durch einen phagolytischen Prozeß losgelöst wird. Kurt Mendel.

Rudolf Bálint. Weitere Beiträge zur diätetischen Behandlung der Epilepsie.

(Neurol. Zentralbl. 1903 No. 8.)

B. kommt zu dem Schlusse, daß die chlorarme Diät (Richet-Toulouse), bestehend aus Milch, Butter, Eiern, Obst und aus mit Bromnatrium gesalzenem Brot, die Zahl und Intensität der Anfälle vermindert, daß aber dieselbe längere Zeit nur dann fortgesetzt werden kann, wenn der Kranke ihrer nicht überdrüssig wird. In diesem Falle sind in die Diät Gemüse, Mehlspeisen und Fleisch, doch ohne Kochsalz zubereitet und mit Bromnatrium gesalzen, aufzunehmen. Das Körpergewicht der Kranken ist zu kontrollieren, auf Bromismus zu achten, eventuell ist die Bromdosis abzuändern, bezw. zeitweilig auszulassen oder die Diät zu variieren. Kurt Mendel.

Halmi und **Bajarus.** Über Behandlung der Epilepsie nach der Methode von Toulouse-Richet.

(Psych.-neur. Wochenschrift 1902 No. 48.)

Die Toulouse-Richetsche Methode — so führen Verff. aus — heilt weder die Epilepsie. noch bessert sie sie. „Wohl gelangt die Wirkung des Brom bei künstlicher Entziehung des Chlor besser zur Entfaltung, doch ist die stärkere Wirkung mit der Gefahr einer verschieden schweren Bromvergiftung verbunden.“ Eine längere Zeit hindurch währende Anwendung scheitert auch an der Weigerung der Pat. Die oligochlorische Bromtherapie machte die Kranken in psychischer Beziehung ruhiger und unempfindlicher, bei einzelnen Pat. traten Stupor und Delirien auf, bei zweien erfolgte der Exitus durch Bromintoxikation (Herzschwäche). Kurt Mendel.

---

von Voss. Bemerkungen zur Genese der Tetanie.

(Psych.-neur. Wochenschrift 1902 No. 50.)

Verf. betont den nahen Zusammenhang der Tetanie mit der Epilepsie und nimmt eine spasmophile Diathese der Vorderhörner des Rückenmarks sowie der Kerne der motorischen Hirnnerven als Entstehungsursache der Tetanie an. Kurt Mendel.

Digitized by Google

Stanislas Kopczynski. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de la chorée.

(Revue neurol. 1903 No. 15.)

In einem Fall von Sydenhamscher Chorea, welcher zur Sektion kam, war der Obduktionsbefund — bis auf eine leichte Chromatolyse in einzelnen Zellen der Hirnrinde — ein durchaus negativer. Insbesondere konnten weder sonstige Strukturveränderungen der Zellen, speziell der Pyramidenzellen, noch Degeneration der Nervenfasern noch Neurogliawucherung nachgewiesen werden. Die motorischen Bahnen der Hirnrinde, die Stammganglien und die Hirngefäße wurden als normal befunden.

Im Anschluß hieran geht Verf. die Theorien durch, welche zurzeit betreffs der pathologischen Anatomie und Pathogenese der Chorea existieren.

Kurt Mendel.

Karl Hudovernig. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Chorea minor.

(Arch. f. Psych. und Nervenkr., Bd. 37, Heft 1.)

Aus einem klinisch und anatomisch untersuchten Falle von Chorea minor kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Chorea minor ist eine infektiöse Krankheit, und das schädliche Agens derselben wirkt auf hämatogenem Wege.

2. In leichteren Fällen verursacht dasselbe eine nutritive Störung; im schwereren äußert sich dasselbe in Veränderungen der Blutgefäße und in Ablagerungen von Kolloidkörperchen; letztere ist ein Ausdruck des ad maximum gesteigerten Krankheitsprozesses.

3. Die Anwesenheit von Kolloidkörperchen ist für Chorea minor charakteristisch, ohne daß dieselben in allen Fällen von Chorea minor vorhanden sein müssen.

4. Die choreatischen Bewegungen sind stets der Ausdruck einer direkten oder indirekten Reizung der Pyramidenbahnen an einer beliebigen Stelle ihres Verlaufes.

Kurt Mendel.

Ewald Stier. Zur pathologischen Anatomie der Huntingtonschen Chorea.

(Arch. f. Psych. und Nervenkr., Bd. 37, Heft 1.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen auf Grund eines eigenen klinisch und anatomisch untersuchten Falles:

„Die Huntingtonsche Chorea beruht immer auf einer ererbten anomalen Anlage der motorischen Rindenzentren, welche oftmals schon makroskopisch als Asymmetrie dieser Rindenteile oder größerer Hirnabschnitte sichtbar wird. Die eigentliche Erkrankung beginnt im späteren Leben damit, daß die Neuroglia in den motorischen Zentren anfängt zu wuchern. Diese Wucherung erfolgt entweder herdweise oder diffus

Digitized by Google

und befällt im letzeren Falle vorwiegend die zweite und dritte Rindenschicht, das sind die Schichten der kleinen und mittleren Pyramidenzellen, Hand in Hand mit dieser diffusen Wucherung geht fast stets eine Erkrankung der Gefäße. Fast immer erkranken gleichzeitig die kleineren und mittleren Ganglienzellen bis zu ihrem völligen Untergange, während die großen Ganglienzellen in den innersten Schichten, speziell die großen Betzschen Zellen so gut wie völlig unversehrt bleiben. Bei längerem Bestand führt die diffuse Form der Erkrankung anatomisch meist zu einer Affektion der Hirnhäute und zum Schwund der Tangentialfasern, zu nachweisbarer Nervenfaserdegeneration im Gehirn und Rückenmark, sowie zu allgemeiner Atrophie des Gehirns; klinisch zum Untergang aller höheren geistigen Funktionen, zur Demenz.“ Kurt Mendel.

De Marchio. L'urina nella corea del Sydenham.

(Arch. di farmacologia sperimentale 1903 No. 6.)

Der untersuchte Urin stammte von zwei an Chorea erkrankten Pat. Die Untersuchung wurde in zwei Serien ausgeführt, die je 6 Tage umfaßten, so daß die erste Serie während der Akme der Erkrankung vorgenommen wurde, die zweite Serie nach der Genesung. Quantität und Qualität der Nahrung blieb während der ganzen Zeit der Untersuchung unverändert.

Es ergab sich, daß bei der Chorea die Tagesmenge des Urins vermindert, das spezifische Gewicht relativ erhöht und die totale Azidität vermehrt ist. Die Menge des Gesamtstickstoffs ist unverändert, der prozentuale Stickstoffgehalt jedoch, der während der Krankheit nicht als Harnstoff erscheint, ist größer als der nach der Genesung ausgeschiedene; es besteht nämlich während der Krankheit eine Verminderung der Harnstoffausscheidung und eine Zunahme des nicht an Harnstoff gebundenen Stickstoffs. Ferner ist die Harnsäureausscheidung, sowie die Ausscheidung der Phosphate vermehrt. F.

W. Rindfleisch. Über Chorea mollis sive paralytica mit Muskelveränderungen.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenh.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Chorea mollis, von denen der eine letal endigte und anatomisch untersucht werden konnte. Es fanden sich am Zentralnervensystem nur ganz geringe Veränderungen im Muskelsystem, aber ungleichmäßiges Volumen der Fasern, teilweiser Verlust der Querstreifung und Vermehrung der Muskelkerne, die sich manchmal zu Kernklumpen zusammenballten. Verf. hält diese Muskelveränderungen für das Primäre. Sie, sowie die Hirnänderungen seien Folgen einer infektiös-toxischen Schädlichkeit. Kurt Mendel.

Digitized by Google

Franzis Huber. Brachial monoplegia in the course of Chorea minor.

(Archives of Pediatrics, April 1903.)

Mehr oder minder ausgesprochene Muskelschwäche ist im Verlauf der Chorea minor nicht so selten und es kann gelegentlich zu vollständigen Lähmungen kommen.

H. beschreibt eine derartige Lähmung der linken oberen Extremität bei einem 8jährigen an Chorea leidenden Mädchen. So ausgesprochen war die Paralyse, daß ein Verdacht auf Poliomyelitis wach wurde. Doch ging der Zustand unter roborierender Behandlung langsam zurück bis zur völligen Widerherstellung der Kraft.

Offenbar sind derartige Störungen als rein funktionelle anzusehen, vielleicht auf Erschöpfung der motorischen Rindenzellen beruhend, was auch bei Epilepsie hin und wieder eintritt.

In Bezug auf Therapie glaubt H. von Opiaten bessere Resultate gesehen zu haben, als vom Arsen, gerade in schweren Fällen von Chorea.

Zum Schluß erinnert er an den Fall von Preobrajensay, welcher im Blute eines choreatischen Pat. Streptokokken gefunden hatte. Der betreffende Kranke litt unter anderen an Muskelschwäche und Lähmungen, und wurde mit Antistreptokokkenserum erfolgreich behandelt, nachdem Brom, Chloral und Arsenik versagt hatten.

Leo Jakobi (New York).

J. Dejerine. Sur la rigidité spasmodique congénitale d'origine médullaire. Syndrôme de Little par lésion médullaire en foyer développée pendant la vie intra-utérine.

(Revue neurol. 1903 No. 12.)

Es handelt sich um einen 63jährigen Mann, der wahrscheinlich durch normalen Geburtsakt zur Welt kam und eine angeborene Starre sämtlicher vier Extremitäten, besonders der Beine darbot. Hirnnerven frei. Intelligenz und Sensibilität und Sphinkterfunktion ohne Sonderheit. Die Sektion ergab nichts Krankhaftes im Gehirn, hingegen einen schon makroskopisch wahrnehmbaren sklerotischen Herd im Rückenmark in der Höhe des dritten Zervikalsegmentes. Dieser Herd befiel — wie die mikroskopische Untersuchung ergab — die beiden vorderen Dritteile der Hinterstränge und die beiden Hinterhörner, von da erstreckten sich Ausläufer in die hinteren Regionen beider Seitenstränge. Sekundäre Degenerationen, aufsteigend im Gollschen und Burdachschen Strang bis hinauf zu den Hinterstrangkernen und absteigend in beiden Seitensträngen (Pyramidenseitenstrangbahn bis ins unterste Brustmark, Tractus anterolateralis bis ins oberste Brustmark). Im Bereiche des sklerotischen Herdes schwere hyaline Entartung der Gefäße und starke Gliaverdichtung.

Verf. berichtet über einen zweiten sehr ähnlichen Fall und spricht die Vermutung aus, daß es sich in beiden um eine im intra-

Digitized by Google

uterinen Leben durchgemachte Lues handle. Hierfür sprechen auch die schweren Gefäßveränderungen.

Somit gibt es auch Fälle, in denen der Littlesche Symptomkomplex nicht zerebralen, sondern medullären Ursprungs ist. Charakteristisch für dieselben ist das Freibleiben der Psyche und der Hirnnerven sowie das Fehlen von epileptischen Anfällen. Kurt Mendel.

Guido Berghinz. Anatomische Studie über einen Fall von Littlescher Krankheit.

(Rivista di Clinica Pediatrica, Juni 1903.)

Die genaue mikroskopische Untersuchung des Nervensystems ergab das Fehlen aller pathologischen Veränderungen; obwohl Verf. sich genau an der von Mya und Levi bei der Untersuchung ihres Falles befolgten Methode hielt, konnte er keine der von jenen beschriebenen Veränderungen in seinem Fall auffinden. F.

Alfred Gordon. Amyotrophie lateral Sclerosis in a boy of 15 with a history of acute anterior poliomyelitis in infancy.

(American Medicine, den 4. April 1903.)

Wir sind gewöhnt, den Schäden nach Ablauf der Poliomyelitis anterior acuta einen stationären Charakter zuzuschreiben. Dies ist jedoch häufig unrichtig. Es scheint vielmehr, als ob die vernarbten Stellen im Rückenmark einen locus minoris resistentiae darstellen. Wenigstens sehen wie oft, daß Kinder, welche an spinaler Lähmung gelitten hatten, später von anderen Nervenkrankheiten befallen werden, namentlich von progressiver Muskelatrophie. Seltener entwickelt sich die amyotrophische Lateralsklerose auf dem Boden einer abgelaufenen akuten Poliomyelitis. Verf. berichtet über einen derartigen Fall.

Der 15 Jahre alte Pat. hatte im ersten Lebensjahre eine spinale Kinderlähmung überstanden. Es blieben linkes Bein und rechter Arm dauernd gelähmt.

Gegenwärtig zeigt er ausgebreitete Muskelatrophien des scapulohumeralen Typus, daneben erhöhte Reflexe und stellenweise deutliche Entartungsreaktion. Leo Jakobi (New York).

Giulio Alessandrini. Sehnentransplantationen bei Fußverkrüppelungen infolge von spinaler Kinderlähmung.

(La Pediatria Juni 1903)

Verf. hat bei elf Fällen von spinaler Kinderlähmung interosseale Sehnentransplantationen ausgeführt, und zwar hat er den Tibialis posticus in toto auf den Extensor longus der Zehen in acht Fällen transplantiert, in zweien den Extensor hallucis auf den Tibialis posticus, während er in einem Fall eine doppelte interosseale Transplantation ausführte. F.

Digitized by Google

O. Vulpius. Die Sehnenüberpflanzung am Oberschenkel.

(Wiener klin. Rundschau 1903 No. 15.)

Die Lähmung des Quadrizeps macht nicht immer eine Überpflanzung erforderlich. Letztere ist aber nach V. indiziert, wo das extensionslahme Bein wegen Neigung zu Beugekontraktur, zum Einsinken in Flexion funktionsunfähig wird. Zur Überpflanzung steht in erster Reihe der Sartorius zur Verfügung, des weiteren kann die mediale Flexorengruppe der Semimuskeln und der Bizeps auf den Quadrizeps gepfropft werden, gelegentlich auch ein Adduktor. V. trägt kein Bedenken, alle diese Muskeln bez. Sehnen zu transplantieren, um einen kräftigen Extensor zu gewinnen. Der Ausfall der Beuge hat wenig zu bedeuten, die Flexion geschieht teils passiv, teils durch die Gastrocnemii; die nachträgliche Entwickelung eines Genu recurvatum nach Opferung der Beuger hat V. nie beobachtet.

Zur Operation bedarf man gewöhnlich dreier ausgiebiger Längsschnitte: eine vordere Incision legt die Patella nebst ihrem Ligament und die Quadrizepssehne in ihrer Scheide frei, der zweite Schnitt legt hinter dem medialen Condylus femoris das breite rote Band des Sartorius frei, der dritte endlich zieht lateral vom Köpfchen der Fibula aufwärts. V. schildert die Technik genauer und zeigt an einigen Beispielen, was erreicht werden kann. Das Kniegelenk erhält allmählich seine Streckfähigkeit wieder in dem Maße, als der neugebildete Quadrizeps gekräftigt und geübt wird. In einzelnen Fällen wurde sogar die Leistungsfähigkeit geradezu normal. Jedenfalls verschwindet die Flexionsstellung und dadurch wird selbst im ungünstigsten Falle, daß eine aktive Extension nicht erreicht wird, der Gang des Pat. außerordentlich gebessert. Bei „Handgängern“, wo die Pat. sich nur mit Hilfe der Arme fortbewegen können, ist natürlich die Behandlung recht kompliziert und zeitraubend, aber auch hier kann, wie V. an dem Beispiele eines $5^1/_2$ jährigen Knaben schildert, ein recht schönes Resultat erzielt werden.

Grätzer.

L. Wullstein. Eine neue Operationsmethode des Caput obstipum.

(Zentralblatt f. Chirurgie, No. 33, S. 881.)

W. empfiehlt für schwere und veraltete Fälle von Caput obstipum außer der Durchschneidung bez. partiellen Exstirpation des kontrakten Musculus sternocleidomastoideus die Verkürzung des gedehnten anderseitigen Kopfnickers. Der Grad der Verkürzung des Muskels muß sich nach der vorhandenen Längendifferenz richten und ungefähr 4—8 cm betragen. Für die Verkürzung kann nur der Teil des Muskels in Betracht kommen, der oberhalb seines geteilten Verlaufes und unterhalb der Eintrittsstelle des Nervus accessorius gelegen ist. Die trotz der Verkürzung für die Erhaltung der Innervation notwendige Kontinuität wird dadurch gewahrt, daß der isolierte Muskel an der Stelle der Verkürzung in eine Schlinge gelegt und durch Nähte an den vier Rändern und in dem mittleren Teile der Schlinge

Digitized by Google

in seiner dreifachen Lage vereinigt wird. Wenn die Pat. aus dem Verbande, in dem sie sich zur Entspannung und damit zur besseren Heilung des verkürzten Muskels in stark überkorrigierter Stellung befinden, herausgenommen werden, so scheuen sie selbstverständlich zuerst jede Bewegung und Zerrung an dem verkürzten Muskel; aber bald schon gehen sie zu leichten Bewegungen über, die von Tag zu Tag und von Woche zu Woche bald vollständig frei werden. So ist die Behandlung nach Abnahme des Verbandes, der durchschnittlich 20 Tage liegen bleibt, völlig beendet. Joachimsthal (Berlin).

Hugo Neumann. Zur Frage einer ätiologischen Bedeutung des Cucullarisdefektes für den Schulterblatthochstand.

(Aus der III. medizin. Universitätsklinik in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 36.)

Kausch hat bekanntlich einen Zusammenhang zwischen Skapularhochstand und angeborenem Cucullarisdefekt angenommen. N. berichtet nun über einen Fall, der geeignet ist, diese Ansicht umzustoßen, ja fast den Wert eines Experimentes besitzt. Es fehlte hier gerade die von Kausch ätiologisch angeschuldigte unterste Partie des einen Cucullaris — und zwar scheint alles für einen angeborenen Defekt zu sprechen —, und doch stand die Skapula völlig normal. Aber auch eine Durchsicht der Literatur spricht deutlich gegen Kausch. Fälle, wo beide Anomalien vereint angetroffen wurden, sind recht selten. Es sind Fälle bekannt, wo hochgradiger Defekt des ganzen Muskels oder einzelner Teile bestand bei normalem Skapularstand. In den Fällen, wo beide Anomalien zusammen zu finden waren, zeigte sich durchaus nicht ein Verhältnis gegenseitiger Abhängigkeit dieser zwei Symptome.

Es spricht dagegen alles dafür, daß es sich um zufälliges Nebeneinandervorkommen zweier Mißbildungen handelt. Kommt doch die Sprengelsche Difformität vielfach auch mit anderen mit dem Schulterblatthochstand in keiner Beziehung stehenden Mißbildungen kombiniert vor! Es liegen eben auch dort zwei gleichwertige Mißbildungen vor, und kann ebensogut wie Cucullarisdefekt ein anderer Muskeldefekt oder eine ganz andere Mißbildung bei Schulterblatthochstand sich finden, wie letzterer nicht selten auch ohne jede andere Mißbildung anzutreffen ist. Grätzer.

Robert W. Lovett. The mechanics of lateral curvature as applied to the treatment of severe cases.

(Zeitschr. f. orthopäd. Chir., Bd. 11, Heft 4, S. 827.)

Bei Fällen von fixierten knöchernen Krümmungen kann nach L. nicht die gleiche Behandlungweise angewandt werden, wie bei Fällen von Skoliose mit biegsamen Krümmungen. Die Tatsache, daß zwischen

Digitized by Google

zwei beweglichen Teilen in der Wirbelsäule sich ein fixierter Teil befindet, macht es leichter, den ganzen Thorax zu drehen oder zu verschieben, als in der Krümmung selbst die kleinste Veränderung zu verursachen. Eine Folge davon ist, daß gewaltsame Versuche, die knöcherne Rotation in fixierten Krümmungen zu korigieren, eine Vermehrung der lateralen Krümmung herbeiführen werden, wenn der Thorax nicht an der Rotation verhindert wird; ebenso werden gewaltsame Versuche, die laterale Krümmung zu korrigieren, wahrscheinlich die Rotation vermehren.

Für die Applikation von Gipskorsetts hat L. aus zwei Gründen die wagerechte Stellung, wobei die Beine senkrecht herunterhängen für die beste, einmal, weil die wagerechte Stellung bei Manipulationen größere seitliche Verschiebung zwischen den Wirbeln gestattet als die suspendierte Stellung, und zweitens, weil es in der wagerechten Lage mit senkrecht herunterhängenden Beinen möglich ist, ein Gipskorsett anzulegen, welches in gewissem Grade die Lumbalkrümmung der Wirbelsäule abflachen soll, wogegen bei der aufrechten Stellung die Abflachung der Lumbalwirbelsäule einen gewissen Grad von Hyperextension in der Dorsalregion benötigt.

Das forcierte Redressement erscheint L. nur ratsam als Einleitung und zeitweilige Unterstützung der gymnastischen Behandlung der Skoliose. **Joachimsthal** (Berlin).

Ottendorf. Ein Beitrag zur Tierskoliose.

(Zeitschr. f. orthopäd. Chir., Bd. 11, Heft 4, S. 803.)

O. beschreibt eine Anzahl Präparate von Skoliose bei Tieren aus der Sammlung der Tierarzneischule zu Hannover. Überraschend ist die große Ähnlichkeit der Tierskoliose mit der menschlichen. Da beim Tier keine Belastungsmomente wie beim Menschen zur Erklärung der Entstehung der Wirbelsäulenbiegung heranzuziehen sind, sondern andere Ursachen der Verkrümmung angenommen werden müssen, erscheint es keineswegs ausgeschlossen, daß bei der menschlichen Skoliose derartige Ursachen, seitlicher Zug und Druck des Brustbein-Rippenwirbelringes, wenigstens mitspielen und vielleicht die Skoliose einleiten können, während statische Momente die weitere Ausbildung der Deformität bewirken, da sie an einem bereits aus der Reihe gewichenen Wirbelkörper einen leichteren Angriffspunkt finden. **Joachimsthal** (Berlin).

Wobrizek. „Korrektor“, Apparat für korsettfreie Behandlung der Rückgratsdeformitäten.

(Arch. f. Orthop., Mechanotherapie und Unfallheilkunde, Bd. 1, Heft 2.)

Der von W. konstruierte Redressionsapparat wirkt auf die Wirbelsäule der sitzenden Pat. Mehrere Pelotten können durch Schraubenkraft eine Stellungskorrektur erzeugen in ähnlicher Weise, wie dies auch von anderen Konstrukteuren schon unternommen worden ist. Der Pelottendruck kann mit der Suspension kombiniert verwendet werden. Die

Digitized by Google

Pat. sollen den Apparat möglichst lange (1—1 1/2 Stunde täglich) benützen. Daß die Vorrichtung sowohl mobilisierend als korrigierend auf die skoliotische und kyphotische Wirbelsäule einwirken kann, ist nicht zu bezweifeln. Daß der „Korrektor" das Stützkorsett ersetzen könne, diese Behauptung dürfte auf Widerspruch stoßen.

Vulpius-Heidelberg.

Victor Blum. Die Coxa vara als Belastungsdeformität.

(Arch. f. klin. Chir., Bd. 69, Heft 4, S. 1065.)

Bei einem 9jährigen Knaben konnte Blum die Entwickelung einer rechtsseitigen Coxa vara unter der Einwirkung der Rumpflast während der Heilung einer tuberkulösen Entzündung des Hüftgelenks der linken Seite beobachten. Zur Zeit der Publikation war das linke Bein abduziert und auswärts rotiert (in der Hüfte ankylotisch). Der Trochanter der linken Seite stand an normaler Stelle in der Roser-Nélatonschen Linie, während der rechte Trochanter dieselbe um 2 1/2 cm überragte. Der rechte Trochanter stand höher, mehr nach außen und vorne prominent. In der rechten Hüfte war die Abduktion nur um ein Winkel von 25° von der Mittellinie möglich, Beugung und Streckung geschahen in normalen Grenzen. Die genaue Messung ergab die gleichen Maße beiderseits für die absolute Länge der Extremität, hingegen eine Differenz der relativen Länge zu Ungunsten der rechten Extremität. Der Fall rangiert in die dritte, von Hofmeister angegebene Gruppe der Coxa vara — Trochanterhochstand mit vorwiegender Innenrotation. Blum sucht in der Inaktivitätsatrophie des coxitischen Beines und der Überbeanspruchung der gesunden Extremität das veranlassende Moment für die Ausbildung der Schenkelhalsverbiegung. Als begünstigendes Moment wird eine in der frühesten Jugend überstandene schwere Rachitis angeführt.

An einer Reihe von Skeletten des Wiener pathologisch anatomischen Museums, bei dem aus verschiedenen Gründen Atrophien der einen unteren Extremität bestanden, fand Blum eine mehr oder weniger hochgradige Coxa vara der anderen Seite, (so in sechs Fällen von angeborener einseitiger Luxation der Hüfte, in zwei Fällen von einseitiger Coxitis, in zwei Fällen von einseitiger Hypoplasie mit Ausbildung einer Coxa valga im Sinne Alberts). Da sich in den meisten dieser Fälle keine Zeichen einer überstandenen Knochenerkrankung an dem deformierten Femur vorfanden, ist Blum geneigt, die Entstehung der Verkrümmung einzig und allein auf die Einwirkung der Überbelastung zurückzuführen.

Joachimsthal (Berlin).

V. Lieblein. Zur Kasuistik der Coxa vara infantum.

(Aus der chirurg. Klinik des Prof. Wölfler in Prag.)

(Prager med. Wochenschrift 1903 No. 43.)

Vier Fälle von Coxa vara, deren Untersuchung, speziell die röntgenphotographische, interessante Einzelheiten ergab.

Digitized by Google

Die beiden ersten Fälle, die ein 9jähriges bezw. 7jähriges Kind betrafen, beruhten zweifellos auf rachitischer Grundlage. Im ersten Falle erschien der Schenkelhalswinkel ersetzt durch einen Schenkelhalsbogen, der seine Konvexität nach außen und oben kehrte und direkt überging in die rachitische bogenförmige Verkrümmung der Oberschenkeldiaphyse. Die Epiphysenlinie des Kopfes erschien vertikal gestellt, die des großen Trochanters horizontal, der Trochanter selbst bedeutend in die Höhe gerückt, der Schenkelkopf hatte seinen Platz in der Pfanne nicht verlassen. Ähnlich bei Fall 2. Auch hier ein Schenkelhalswinkel, auch hier jene Anomalie in der Stellung der Epiphysenfugen, auch hier der Kopf in seiner Totalität in der Pfanne geblieben. Außerdem fiel auf die außerordentliche Verstärkung des Schenkelhalses in seinen inneren und unteren Partien. Beide Kinder boten die Erscheinungen schwerster Rachitis am ganzen Skelett dar.

Viel schwieriger gestaltete sich die Beantwortung der Frage nach der Ätiologie bei den beiden anderen Pat., Kindern von 7 und 9 Jahren, die beide gleiche Veränderungen darboten, der eine doppelseitig, der andere nur einseitig. Die Röntgenuntersuchung zeigte, wie der Schenkelkopf mit seinen unteren Partien aus der Pfanne herausgetreten und dem Trochanter minor bedeutend näher gerückt ist; sie zeigte die Verkürzung der unteren Halspartien, die pilzhutförmige Gestalt der Kopfepiphyse, den Trochanterhochstand, die Adduktion des Oberschenkels. Das Bild war sehr ähnlich demjenigen, das Joachimsthal, Kredel, Hoffa usw. bei der sogen. traumatischen Coxa vara gefunden haben. Aber die Annamnese ergab in beiden Fällen in bezug auf vorhergegangene Traumen ein völlig negatives Resultat. Es bleibt daher nichts anderes übrig, als auch hier eine Erkrankung der Kopfepiphysenfuge — ob rachitische Natur, ist nicht festzustellen — anzunehmen, welche zu pathologischer Nachgiebigkeit, vielleicht zur Lockerung derselben geführt hat, so daß schon das Laufen, Gehen, Springen ein genügendes Trauma dargestellt hat, um ein Herabrutschen der Kopfepiphyse am Hals zu veranlassen. Grätzer.

H. C. Slomann (Däne). Die Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung.

(Nordisk Tidskrift for Terapi.)

Verf. gibt eine detaillierte Beschreibung der Lorenzschen unblutigen Repositionsmethode und referiert fünf Fälle, in welchen er mit gutem Erfolg die Methode benutzt hat. Es handelte sich um neun luxierte Hüftgelenke; in sieben Fällen gelang anatomische Reposition, in zwei Fällen eine Transposition des Femurkopfes nach vorn. In funktioneller Beziehung war das Resultat bei einem Pat. ideal (einseitige Luxation), bei den anderen sehr gut. Verf. rät in Fällen von suprakotyloider Luxation das erste Stadium der Behandlung (Rotation auswärts) von einem Stadium der Einwärtsrotation folgen zu lassen. Die Abhandlung ist mit guten Photographien und Röntgenbildern ausgestattet. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Digitized by Google

G. G. Davis. The forcible Reposition of congenital Luxation of the Hip.

(American Medicine, den 30. Mai 1903.)

Verf. polemisiert mit der „blutlosen“ Methode von Lorenz bei kongenitaler Hüftgelenkluxation und empfiehlt, einen Mittelweg zwischen den Extremen der blutigen und der konservativen Operation einzuschlagen. Eine subkutane Tenototomie, z. B. würde jede gewaltsame Zerreißung der Adduktoren unnötig machen; ferner hüte man sich vor Kraftleistungen, die a tout prix reüssieren wollen. Viel ratsamer ist es, zu inzidieren und dem ausgerenkten Kopf erst den Weg zu ebnen, als völlig im Dunkeln zu manipulieren. Leo Jakobi (New York).

Virgil P. Gibney. Present Status of congenital Dislocation of the Hip and the bloodless Reduction.

(American Medicine, den 30. Mai 1903.)

Seit dem Besuche von Lorenz in Amerika ist die Streitfrage der blutlosen Einrenkung bei angeborener Hüftgelenkluxation stets auf der Tagesordnung. Die Parteien für und wider sind beide wohl gerüstet, und zählen die besten Namen auf beiden Seiten.

Nun weiß aber der passive Beobachter sehr wohl, wie der lebhafte Streit endigen wird: nachdem nämlich der Pendel einige Zeit hin und her gegangen, kehrt er nach der Mitte zurück. Die öffentliche Meinung ist eben dem Gesetz des Rhythmus wie jede andere Bewegung untertan.

Gegenwärtig stehen wir hier im Zeichen der Reaktion. Man erörtert con amore die Gefahren der blutlosen Methode und man macht sich Vorwürfe über den blinden Enthusiasmus für Lorenz und seine Leistungen.

Verf. erinnert an die Gefahren der blutlosen Operation, wie Lähmungen, Lazerationen, Frakturen, Gefäßzerreißungen u. dergl. mehr. Man operiere womöglich von dem 6. und 7. Lebensjahre. Bei älteren Kindern mache man keine längeren Einrenkungsversuche, und ziehe bei ihnen stets die Röntgographie zu Hilfe.

Leo Jacobi (New York).

A. Broca (Paris). Allgemeine Indikationen für die Behandlung des angeborenen pes varus-equinus.

(Revue pratique d'obstétr. et de paediatrie, April 1903.)

Verf. ist der Ansicht, daß die Behandlung des angeborenen Klumpfußes gleich in den ersten Tagen nach der Geburt unternommen werden soll. Man beginnt die orthopädische Redressierung indem man sich anfangs nur mit der Korrektion der Varusstellung beschäftigt; die Einwärtsbeugung und Supination wird korrigiert und man legt eine Flanellbinde an, um den Fuß in der

Digitized by Google

guten Stellung zu erhalten. Nach etwa 15 Tagen beginnt man auf gleiche Weise die Redressierung der Equinusstellung. Gelangt man nach 5—6 Wochen zu keinem bleibenden Resultate, so ist die Sektion der Achillessehne angezeigt und ist B. für die offene Durchtrennung, um auch die sich spannenden Ligamenta tibio-calcanea vollständig durchschneiden zu können. In den meisten Fällen gelingt es auf diese Weise, ein ästhetisch und funktionell gleich ausgezeichnetes Resultat zu erzielen. Nur in schweren Fällen, wo dies auf dem erwähnten Wege nicht gelingt oder es sich um vernachlässigte Klumpfüße handelt, ist B. für eingreifendere blutige Operationen, obwohl auch die Redressierung nach Lorenz oft gute Resultate ergibt. Unter den blutigen Operationen ist die Methode von Phelps nicht immer imstande, die Deformität zu korrigieren, während die Tarsektomie einen verkürzten, breiten, wenn auch funktionell guten Fuß ergibt. B. ist daher der Ansicht, daß die Entfernung großer Knochenteile vermieden werden soll. Man beginne bei Kindern und Halberwachsenen mit der Resektion des Astragalus- und Calcaneuskopfes, worauf ein Gipsverband angelegt wird. In weiterer Folge ist eine orthopädische und Massagebehandlung von Wichtigkeit, da die Resultate alle Eingriffe zum großen Teile auch von der Funktionierung der in Betracht kommenden Muskeln abhängt.

E. Toff (Braila).

Willy F. Armann. Die Behandlung des kongenitalen Klumpfußes an der Poliklinik des Baseler Kinderspitals.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 57, Heft 5.)

Die Arbeit enthält nicht viel Neues. Die Behandlungsweise faßt A. folgendermaßen zusammen:

Die Behandlungsweise zerfällt in zwei Abschnitte, die eigentliche oder Hauptbehandlung und in die Nachbehandlung. Für erstere wenden wir mit Vorliebe Kontentivverbände an, während wir bei der letzteren den Barwellschen den Vorzug geben. Mit dieser Methode ist es uns in allen Fällen gelungen, in kürzerer oder längerer Zeit eine gute Stellung des Fußes zu erreichen. Die guten Resultate sind im wesentlichen von der Nachbehandlung abhängig, die sich manchmal sogar auf Jahre erstrecken muß, da der Fuß wegen seiner fatalen Neigung, zu rezidivieren, nicht außer Kontrolle gelassen werden darf. Da, wo diese Nachbehandlung mit Energie durchgeführt wurde, sind auch ideale Heilungen erzielt worden; in anderen, weniger gewissenhaft nachbehandelten Fällen ist noch ein Rest von Abnormität zurückgeblieben, während in dem Falle mit mangelhafter oder fehlender Nachbehandlung doch das erreicht worden ist, daß das Kind einen mehr oder weniger guten Gang bekommen hat, daß der Fuß plantigrad aufgesetzt wird, wenn auch noch geringere oder stärkere Adduktion zurückgeblieben ist.

Hecker (München).

Digitized by Google

Fr. v. Friedländer. Beitrag zur operativen Behandlung des Klumpfußes und des Plattfußes.

(Aus dem k. k. Wilhelminen-Spital in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 40.)

Die Exstirpation des Talus, sowie die Keilresektion aus dem Tarsus, diese beiden typischen Klumpfußoperationen, haben ihre großen Mängel. Anläßlich eines Falles von angeborenem beiderseitigen Klumpfuß bei einem $5^1/_2$jährigen Mädchen, der allen Versuchen der unblutigen Behandlung getrotzt, hat F. ein neues Verfahren, das einen minimalen Knochendefekt setzt, mit Erfolg angewandt. Er beschreibt dies Verfahren genau und zeigt, daß sich ein ähnliches auch für hartnäckig rezidivierende, schwere Plattfüße bestens eignen würde. Grätzer.

Karl Lauenstein. Zu Ogstons Operation des rebellischen Klumpfußes (Entfernung der Knochenkerne der Fußwurzel und nachherige Umformung des Fußes).

(Zentralbl. f. Chir., 1903 No. 39, S. 1058.)

L. hat in drei Fällen 4 mal die von Ogston zur Behandlung des rebellischen Klumpfußes bei Kindern empfohlene Entfernung der Knochenkerne aus den einzelnen Fußwurzelknochen mit nachheriger Stellungsverbesserung des Fußes ausgeführt. Er bestätigt die leichte Ausführbarkeit der Operation. Eine voraufgehende Untersuchung durch Röntgenstrahlen ist für die Operation unerläßlich. Welche Knochenkerne zu entfernen sind, muß dem Ermessen des Operateurs im Einzelfalle überlassen bleiben. Ob nach der Operation die Weichteilwunde genäht wird oder nicht, ist ohne prinzipielle Bedeutung. Wenn genügend Knochenkerne entfernt worden sind, so läßt sich die Klumpfußstellung überraschend leicht und vollständiger als nach den bisher bekannten Methoden ausgleichen. Außer der Equinus- und Varusstellung ist es besonders die Einwärtswendung der Fußspitze, die sich leicht beseitigen läßt. Die Retention in guter Stellung mit Rücksicht auf die Einwärtswendung der Fußspitze wird wesentlich dadurch erleichtert, daß man die Hacke des operierten Fußes gegen die des gesunden Fußes stellt und durch ein Kissen oder Polster die Innenränder beider Füße auseinanderhält. Schon nach 8 Wochen kann man die Kinder mit festem Schuhwerk gehen lassen, da sie mit voller Sohle auftreten. Nach dem Röntgenbilde tritt eine sehr schnelle Reproduktion der entfernten Knochenkerne ein (6—8 Wochen). Somit erscheint die Gefahr einer Störung des Wachstums des Fußes durch die Operation nicht zu bestehen.

Bis zu welchem Alter die Operation geeignet ist, läßt sich zur Zeit noch nicht entscheiden. Joachimsthal (Berlin).

Digitized by Google

Keller (Berlin). Zur Ätiologie angeborener Klumpfüße und Gelenkkontrakturen.

(Archiv f. Gyn., Bd. 67, Heft 2.)

Bei dem totgeborenen Kinde fanden sich Klumpfuß, Gelenkkontrakturen, ferner je eine Druckmarke über den beiden äußeren Epicondylen des Oberarmknochens. All dies bei gleichzeitig bestehendem Hydramnion (ca. 6 l). Diese auffallende Tatsache sucht Verf. nun so zu erklären, daß das Fruchtwasser in den früheren Monaten der Schwangerschaft wohl nur ganz spärlich vorhanden gewesen sei und daß sich jene Anomalien schon zu dieser Zeit vollkommen ausgebildet hätten. Das Hydramnion hat sich dann erst in den letzten Monaten der Schwangerschaft als zufällige Komplikation eingestellt.

Otto Marx (München).

Max Reiner. Über die unblutige operative Epiphyseolyse zur Behandlung des Genu valgum adolescentium.

(Zeitschrift für orthopädische Chir. 1903 Bd. 11.)

R. weist darauf hin, daß die Epiphyseolyse prinzipiell der richtigste von allen Eingriffen beim Genu valgum adolescentium ist, weil sie erstens die Deformität am Kulminationspunkt angreift und zweitens die Kontinuitätstrennung an dem Locus minoris resistentiae der Extremität etabliert. Er zeigt ferner, daß die Operation mit einfachen Hilfsmitteln ausführbar ist, daß sie ein nur geringes Operationstrauma im Gefolge hat, und daß sie daher, in richtiger Indikationsbreite ausgeführt, allen übrigen blutigen und unblutigen Behandlungsmethoden überlegen ist. Endlich sucht er aus dem literarischen Tatbestande den Nachweis zu erbringen, daß die Epiphyseolyse an sich, als unkomplizierte Verletzung betrachtet, fast ausnahmslos glatt ausheilt, daß überaus zahlreiche an traumatischen, experimentellen und operativen Epiphysenlösungen gesammelte Erfahrungen zu dem Schluße zwingen, daß die Epiphyseolyse eine in ihren Folgen durchaus berechenbare, keinen dauernden Schaden verursachende Verletzung darstellt, und daß die gefürchtete Spätkomplikation der Wachstumsverkürzung nur bei grober nicht reduzierter Dislokation eintritt. Als geeignete Fälle werden solche angesehen, welche Pat. zwischen dem 8. und 17. Lebensjahre betreffen. Pat., welche die obere Altersgrenze überschritten haben, werden der Cirkumferenz-Osteotomie unterzogen. Bei jüngeren Kindern sind es die Periostverbindungen, welche das Zustandekommen der am unteren Fermurende intendierten Epiphyseolyse erschweren oder gar verhindern. R. schickt daher bei dem Genu valgum infantum der Epiphyseolyse eine subkutane bezw. subfasciale Periosteotomie voraus. Das Periosteotom, das er benutzt, unterscheidet sich von einem gewöhnlichen Tenotom dadurch, daß es stärker gebaut, mit einer kürzeren, stark konvexen Schneide versehen ist und demnach keine eigentliche Spitze besitzt. Auch ist der Stiel, welcher

Digitized by Google

Klinge und Handgriff verbindet, möglichst wenig dick und der ganzen Länge nach von ziemlich gleichem Querschnitte. Man führt das Instrument derart, daß man dasselbe unmittelbar vor dem lateralen Fasciendissepiment in der Höhe der Epiphysenfuge einsticht und es nun subfascial hart am Knochen mit umgelegter Schneide nach vorn schiebt bis zur vorderen äußeren Kante des Femurkolbens. Nun stellt man das Messer auf die Schneide und führt, indem man es zurückzieht, den Schnitt aus. Hierauf dreht man das Instrument mit flachgelegter Klinge in der Wunde um und vervollständigt den Schnitt in gleicher Weise nach rückwärts, so daß die ganze laterale Portion des Periostes durchtrennt wird. Das Redressement, das man nach der Periosteotomie vornimmt, vollführt man entweder aus freier Hand oder mit Hilfe eines besonderen zu diesem Zweck von R. konstruierten Apparates. Es folgt für 6 Wochen ein zirkulärer Gipsverband, späterhin Massage und Gymnastik.

Wie zahlreiche an jugendlichen Individuen ausgeführte Versuche ergeben haben, sind die auf die geschilderte Weise herbeigeführten Kontinuitätstrennungen in der Regel tatsächlich reine Epiphyseolysenlösungen. Joachimsthal (Berlin).

M. Reiner. Epiphyseolyse mit subkutaner Periosteotomie zur Behandlung des Genu valgum infantum.

(Aus dem Univers.-Ambulatorium f. orthopäd. Chirurgie in Wien.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 27.)

R. hat 1901 einen Bericht über die von ihm vorgenommenen unblutigen Epiphyseolysen zur Korrektur des Genu valgum adolescentium abgestattet und dargetan, daß diese Operation der richtigste von allen Eingriffen beim Genu valgum adolescentium ist, einfach ausführbar und keinen dauernden Schaden verursachend, speziell eine Wachstumshemmung nicht im Gefolge habend. Im Wiener Institut f. orthopäd. Chirurgie ist seitdem die unblutige Epiphyseolyse das Normalverfahren geworden bei Pat. zwischem 8. und 17. Lebensjahr. Pat., welche die obere Altersgrenze überschritten, werden der Circumferenz-Osteotomie unterzogen, Pat., welche die untere Altersgrenze noch nicht erreicht haben, sind bis vor kurzem mittels anderen Operationsmethoden behandelt worden. Die Epiphyseolyse ist bei Kindern bis zum 8. Lebensjahre sehr schwer ausführbar, sie bedarf größerer Kraftentfaltung, als bei älteren Individuen, man ist nicht sicher, die Kontinuitätstrennung wirklich am Ort der Epiphysenfuge etablieren zu können; der Erfolg ist also weniger sicher, Nebenverletzungen nichts seltenes. R. fand, daß die Periostverbindungen hierbei maßgebend sind. Bei Adoleszenten haftet das Periost dem unteren Diaphysenende des Femur nur leicht an und ist ganz dünn, bei Kindern (rachitischen) ist es sehr häufig an dieser Stelle stark verdickt und immer in innigem Zusammenhange mit dem unterliegenden Diaphysenende. Versuche an Leichen haben folgendes ergeben:

Digitized by Google

Georg Koch. Über Knochenzysten in den langen Röhrenknochen.

(Arch. f. klin. Chir., Bd. 68, Heft 4, S. 977.)

K. berichtet über eine durch zentrale Erweichung eines Enchondroms am oberen Femurende entstandene Zyste bei einem 15jährigen Pat. Derselbe hatte bereits 5 Jahre zuvor bei einem verhältnismäßig geringen Trauma — er war auf einer ungepflasterten Straße zu Fall gekommen — einen Bruch des rechten Oberschenkels erlitten, der nach fünfwöchentlicher Behandlung glatt geheilt war. Im Dezember 1901 erlitt er ohne jeden äußeren Anlaß eine Spontanfraktur dicht unter dem rechten Trochanter. Krepitation und abnorme Beweglichkeit waren an der Bruchstelle deutlich nachweisbar. Die Gegend derselben war viel stärker als bei einer gewöhnlichen Fraktur aufgetrieben. Das Röntgenbild ergab, daß eine Strukturveränderung des Knochengewebes stattgefunden hatte. Unter einem Extensionsverbande war nach 3 Wochen eine mäßige Konsolidation der Bruchenden eingetreten, der Tumor an der Bruchstelle war gewachsen. Es wurde infolgedessen zur Operation geschritten (Prof. Körte). Von einem Längsschnitt an der Außenseite des Oberschenkels wurde die Muskulatur scharf durchtrennt, bis man auf den Tumor gelangte. Beim Abschieben des Periostes traf man auf weiche Knochenmassen, die mit dem Periost fest verwachsen waren, sich mit diesem zum Teil stumpf bei Seite schieben ließen. Durch diese weichen Knochenmassen hindurch gelangte man in eine größere Höhle, welche sanguinolente Flüssigkeit enthielt. Die Höhle lag in der Markhöhle des Knochens, sie war glattwandig und mit einer Bindegewebsschicht ausgekleidet. Man konnte in der Wand der Zyste genau die Bruchlinie verfolgen. Die Höhle, von der Größe einer Mandarine, reichte nach oben bis zum Ansatze des Collum femoris, nach unten bis unterhalb des Trochanter. Sie wurde austamponiert, worauf man einen Streckverband anlegte. Die Heilung nahm einen glatten Verlauf, so daß Pat. nach 3 Monaten geheilt ohne Verkürzung des Beines entlassen werden konnte.

Nach der mikroskopischen Untersuchung erwies sich die Knochenzyste, hervorgegangen aus einem Enchondrom, das in Verknöcherung begriffen und zum Teil in Erweichung übergegangen war.

Joachimsthal (Berlin).

E. Vollmer. Über Elephantiasis lymphangiectatica congenita, ein Beitrag zur Lehre von der Erkrankung der Lymphgefäße.

(Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 65, Heft 3.)

Der Fall V.s ist eine Mischung der angeborenen subkutanen Elephantiasis und der von Langhans beschriebenen Erkrankung der größeren subkutanen Lymphgefäße. Bei einem fünfjährigen, gesund geborenen Knaben aus gesunder Familie entstanden anscheinend

Digitized by Google

nach der Impfung schwammige Schwellungen an der rechten Gesichtshälfte, hinter dem Ohre und am rechten Arme mit bräunlich-schwärzlichem Kolorit; ähnliche Pigmentflecke erschienen am übrigen Körper. Es handelte sich um eine ausgedehnte elephantiastische Veränderung des Kopfes, Halses und Armes, dessen auffälligste Teilerscheinung die starke Lymphangiektasie der Backe, eine äußerst verunstaltende „Hängebacke" war. Die Haut war im allgemeinen empfindlich und von schwammiger Konsistenz. Da eine von den Eltern gewünschte Soolbäderkur natürlich erfolglos blieb, wurden die Aufschwemmungen auf chirurgischem Wege entfernt. Dabei fiel die außergewöhnliche Größe der hinter den Ohren verlaufenden Lymphbahnen auf. Das kosmetische Resultat befriedigte. Bei dem genesenden Knaben war der ausgesprochene Salzhunger merkwürdig. Verf. erwägt zwei Möglichkeiten der Ätiologie. Entweder lag ein durch die Impfung veranlaßter krankhafter Prozeß der Lymphbahnen vor, welcher die Schwellungen der Lymphbahnen der Epidermis und subkutanen Lymphgefäße hervorrief. Wahrscheinlicher aber sei die durch eine merkwürdige Form des Brustkorbes gestützte Annahme, daß rachitische Veränderungen oder ein intrauterines oder Geburtstrauma zu den Lymphstauungen disponierte. Aus dem ausführlich beschriebenen mikroskopischen Befund ist folgendes hervorzuheben: Starke Bindegewebsneubildung; in den Saftspalten Zellen mit oft bläschenförmigem Kern von zwei- bis dreifacher Größe gewöhnlicher Leukocyten, welche Verf. als Plasmazellen anspricht. Hand in Hand mit der Vermehrung des Bindegewebes der Haut ging eine starke Ablagerung von Pigment im Rete Malpighii und dem angrenzenden Corium. Der ursächliche Zusammenhang der Lymphstauung mit Pigmentablagerung erhellte auch aus der Veränderung der Pigmentierung, sobald die Operation die Lymphwege durch Narben verlegt hatte. Max Joseph (Berlin).

Konrad Sick. Über Lymphangiome.

(Virchows Archiv, Bd. 172, Heft 3, 1903.)

Außer zwei Fällen, die Frauen betreffen, noch vier Beobachtungen an Kindern.

1. Macroglossa, 11jähr. Mädchen. Kongenitaler Tumor der linken vorderen Zungenhälfte.

2. Lymphangiom des Nackens. 11jähr. Mädchen. Wahrscheinlich kongenitale Neubildung.

3. Lymphangioma cysticum colli congenitum. 2jähr. Knabe.

4. Lymphangiom der Wangen- und Schläfengegend, subkutan sitzend. 3jähr. Mädchen. Angeblich in den letzten 3 Monaten entstanden.

Schridde-Erlangen.

Digitized by Google

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte.

14. Sitzung zu Köln am 2. August 1903.

Dr. Bloch (Köln) **Über Prophylaxe und Therapie der Magendarmkrankheiten** des Säuglingsalters (Referat). I. Prophylaxe. Öffentliche Wohltätigkeitsanstalten und Vereine ließen in einzelnen Gemeinden zur Bekämpfung der hohen Mortalitätsziffern der Säuglinge namentlich im Arbeiterstande Maßregeln ergreifen. So entstanden die Krippen, Säuglingshospitäler und Säuglingsheime, deren gute Berichte zur Nacheiferung anspornen. Der Staat selbst richtet sein Hauptaugenmerk auf die allgemeine Hygiene und Besserung der sozialen Stellung des Arbeiterstandes, um die Sterblichkeit der Säuglinge einzuschränken. — Die Hauptrolle bei den Ursachen der Magendarmkrankheiten spielt natürlich die Art der Ernährung. Die beste Nahrung für das Säuglingsalter ist und bleibt die Muttermilch; die Mütter sollten unbedingt den Versuch des Selbststillens machen, und die Ärzte müßten in dieser Hinsicht noch viel mehr als es geschieht belehrend in ihren Kreisen auftreten. — Da der größte Teil der Kinder auf künstliche Ernährung angewiesen ist und dabei die Kuhmilch hauptsächlich in Betracht kommt, so drohen die Hauptgefahren aus der schlechten Beschaffenheit der letzteren. Es wird deshalb in den letzten Jahren ärztlicherseits überall für eine bessere staatliche sanitäre Kontrolle der Kindermilch hingearbeitet (cf. Vorträge Paffenholz, Krautwig in unserer Vereinigung). Auch im Hause muß eine sachverständige Behandlung der Milch verlangt werden (sofortiges Kochen in sauberen Gefäßen, Kühlhalten derselben, Benutzung leicht zu reinigender Flaschen und hygienische Saugpfropfen). Erstrebenswert wäre die Abgabe sterilisierter Einzelportionenen guter Milch von Seiten der Gemeinden entweder unentgeltlich wenigstens für Arme oder für eine entsprechend mäßige Entschädigung bezw. zum Selbstkostenpreise, zugleich im Sommer Abgabe von Eis zum unbedingt erforderlichen Kühlhalten der Flaschen. — Von seiten der Mütter ist natürlich penibelste Sauberkeit in der Behandlung des Kindes überhaupt, ganz besonders aber bei der Ernährung erforderlich (genügende Wäsche, Bäder, Desinfektion und Lüftung der Wohnräume, Flaschen- und Propfenreinigung, Haut- und Mundpflege u. s.w.) Beinahrung soll womöglich vor dem 7. Monat vermieden werden, namentlich aber in den Sommermonaten. Versuche mit allen möglichen durch Reklame empfohlenen Ersatzmitteln für Muttermilch sollen nicht ohne ärztlichen Rat gemacht werden. — Nach Einführung der bakteriologischen Untersuchungsmethoden sah man die Hauptgefahr in dem Bakteriengehalt der Milch. Dies führte zur Sterilisation oder Pasteurisation. Diese Methoden werden eingehend erörtert, ihre Vorzüge und Nachteile erwähnt. In den besseren Kreisen hat sich das Soxhletsche Verfahren wohl am meisten eingebürgert und auch am besten erprobt; nur wurde die anfänglich gewünschte Erhitzungsdauer von 45 Minuten in den letzten Jahren für schädlich anerkannt und eine solche von 5—10 Minuten für genügend erachtet. — Hierauf wird die Streitfrage über Anwendung von Vollmilch oder der Verdünnungen zur Ernährung der S. des Näheren dargelegt und zu ihr kritisch Stellung genommen.

II. Therapie. 1. Diätetische Behandlung: Vermeidung der Überfütterung (zu häufiges Anlegen oder zu langes Trinkenlassen) wo möglich, Brustnahrung! eventuell Amme! Das Hauptverdienst für die neueren Prinzipien der Diätbehandlung kommt Prof. Biedert zu, der uns in der Beurteilung der verschiedenen Krankheitsarten auf die Wichtigkeit der chemischen makro- und mikroskopischen Untersuchungen der Stuhlentleerungen aufmerksam gemacht hat. Auch bei den geringsten Dyspepsieen ist zunächst die Nahrungsmenge herabzusetzen, was am besten durch die Verdünnung geschieht; außerdem sind die Pausen zwischen den einzelnen Mahlzeiten zu verlängern. Vor allem ist die Ursache der Verdauungsstörungen zu ergründen und eventuell zu beseitigen. Da nun die Kuhmilch fast allerorts sehr große Mängel aufweist, so wurde der Fabrikation und Empfehlung für Ersatzmittel derselben Tür und Tor geöffnet. Diese Ersatzmittel zerfallen in drei Gruppen: a) Besonders präparierte Kuhmilch, die in der neuen Zusammensetzung der Muttermilch ähnlicher sein soll (Voltmers Muttermilch, Gärtnersche

Digitized by Google

Fettmilch, Montische Molkenmilch, Backhausmilch, von Dungernsche Pegninmilch, keimfreie sog. Forstersche Milch, Buttermilch u. a.). Alle diese Sorten werden ausführlich geschildert und die Erfahrungen, soweit sie literarisch niedergelegt sind, mitgeteilt, b) Rahmgemenge und Konserven (Biederts künstliches und natürliches Rahmgemenge, Löfflund, Drenkhan u. a.) c) Surrogate der frischen Milch (kondensierte Milch, Nestles Kindermehl, Hafer- und Gerstenschleim, Kellers Malzsuppe) und amylumhaltige Präparate (ferner Theinhardts-, Rademann-, Muffler-, Kufecke-, Frerich- u. a. Mehle, Mellins food. Odda. Kein einziges aller dieser Präparate kann auch nur annähernd die Mutterbrust ersetzen, wie schon die außerordentlich große Zahl bezeugt. Außerdem ist ihr hoher Preis und der Mangel an frischer Herstellung von großem Nachteil für sie. Allerdings wird man häufig bei Magendarmstörungen von dem einen oder dem andern von ihnen Gebrauch machen müssen als Ersatz für die Kuhmilch. Eine staatliche Versuchsanstalt für die Ernährung der Säuglinge, wie sie Biedert verlangt, würde gewiß manchen Nutzen bringen.

Bei jeder Magendarmstörung ist tunlichst die Milchnahrung einzuschränken und zunächst entweder eine schleimige Abkochung oder Ersatzpräparate zu reichen oder zur Wasserdiät zu schreiten. Ein Schema aufzustellen, nach dem die einzelnen Erkrankungsformen behandelt werden, hat seine großen Schwierigkeiten. Man hat 1. zu individualisieren, 2. zu experimentieren. In dem einen Falle wird man mit Biederts Rahmgemenge, in dem anderen mit Backhaus oder von Dungernsche Milch oder Kellers Malzsuppe oder Buttermilch u. s. w. zu einem guten Resultate gelangen. Hunger erträgt der Säugling ziemlich gut und längere Zeit, nicht aber den Durst. Also wird man anfänglich ruhig zu einer völligen Nahrungsentziehung schreiten und damit am besten fahren, da der Magendarmkanal ruhig gestellt wird. Zur Durststillung wird man am besten nur abgekochtes Wasser oder leichte Teeaufgüsse mit geringem Kognakzusatz geben. Die Wasserdiät (diäte hydrique) ist namentlich bei den Franzosen beliebt und wird bei Brechdurchfällen selbst 4—5 Tage lang durchgeführt. Die früher beliebten Zusätze von Eiweiß werden jetzt seltener angewandt wegen der Fäulniszersetzung im Darm. Manchmal bleibt nichts anderes übrig, als zur Brustnahrung überzugehen, wenn jede künstliche Nahrung versagt.

2. Mechanische Behandlung, a) Magen- und Darmspülungen. Trotz der leichten Technik haben die größere Zahl der Ärzte noch eine gewisse Scheu vor ihrer Anwendung in der Privatpraxis. Nur Kontraindikation bei drohendem Kollapsus, bei Erkrankungen des Kolons sind ausgiebige hohe Darmspülungen (Irrigator mit Nelatonmagensonde) mit physiologischen Kochsalzlösungen mit eventueller Nachspülung von $^1/_2\,^0/_0$ iger essigsaurer Tonerde oder $1\,^0/_0$ Tannin, sodann $1\,^0/_{00}$ Arg. nit.-lösungen von großem Vorteil. Magendarmspülungen bewirken die Entfernung des schädlichen Nahrungsrestes und tragen zur Ruhigstellung des Magendarmkanals bei. b) Heiße Leibumschläge und Kataplasmen. c) Senfbäder oder aromatische Bäder. d) Subkutane Kochsalzinfusionen, eventuell bei den schweren Wasserverlusten der Cholera infantum.

3. Rein medikamentöse Behandlung, a) Purgantia (Kalomel in kleinen Dosen mehrmals täglich die ersten 2 Tage. Ol. Ricini bei etwas älteren Säuglingen, wenn keine Herzschwäche droht; Salzsäure, Salol, Naphtalin, Resorzin. b) Adstringentien: Magister. Bism. und neuere Wismutpräparate (Dermatol, Xeroform, Bismutose); Tannin und seine Salze (Tannalbin, Tannigen, Tannopin, Tannoform). Argentum nitr. c) Opiate: Pulv. Doweri, Tinct. op. nur in minimalen Mengen und unter großer Vorsicht anzuwenden wegen Neigung zur Säurevergiftung.

Zur Diskussion: Herr Rey betont, daß trotz Anwendung der besten Milch, der besten Präparate die Säuglingssterblichkeit nicht geringer werden, so kann lange die Mütter und Pflegerinnen nicht zur peinlichsten Sauberkeit, zu einer gewissen Asepsis und zur Einhaltung der wenigstens dreistündigen Nahrungspausen erzogen werden, so lange nicht vor allem lange Schläuche und Glasrohre aus der Säuglingsstube verbannt werden. Dies ist nur zu erreichen durch fortwährendes Belehren durch den Arzt und die Hebammen. So lange aber die Kinderheilkunde an den Universitäten wie bisher ein Stiefkind bleibt, so lange ist von dem Gros der Ärzte kein genügendes Interesse und Verständnis und daher auch keine richtige Belehrung zu erwarten. Die Säuglings-

Digitized by Google

sterblichkeit wird trotz aller Mühen, die auf gute Milch und deren Ersatz verwandt wird, nicht merklich gebessert werden, so lange die Belehrung über deren Gebrauch nicht Allgemeingut geworden ist.

Herr Selter vermißt die strenge Kritik in dem Blochschen Vortrage. Was haben z. B. wir für Erfahrungen über die Zufuhr von Fermenten (Pegnin usw.) in den Verdauungskanal. Denn hier ist Kritik nötig. Vor allem vermisse ich die genügende Betonung der Brusternährung. Wasserdiät haben wir oft bis zu 8 Tagen gegeben. Die meisten Arbeiten über Säuglingsdiätetik lassen allerdings eine Indikationsstellung vermissen. Hier ist die Stuhluntersuchung nach Biedert, mit der ich allerdings nicht überall übereinstimme, der richtige Weg, wie ich demnächst in einer großen Anzahl Stuhluntersuchungen nachweisen werde. Natürlich darf man nicht allein die mikroskopische oder chemische Untersuchung berücksichtigen, sondern alle anderen Umstände auch. Dann ist die Stuhluntersuchung ein Leitfaden zur Indikationsstellung, wie er gegenüber den früheren Tappen im Dunkeln nicht genug hervorgehoben werden kann.

Herr Paffenholz (Düsseldorf). Bei der Prophylaxe muß unterschieden werden zwischen den Störungen, die durch unpassende Diätetik hervorgerufen werden (chemische Verschiedenheiten der künstlichen Nährmittel von der Frauenmilch, Überfütterung, Unsauberkeit bei der Handhabung u. dergl.) und denen, die im Sommer zustande kommen durch die der Jahreszeit eigentümlichen Accidenzien (Nahrungsveränderungen durch die Hitze). Dies ist nicht nur zu einer Klärung der Sterblichkeitsstatistik, sondern auch für die praktische Prophylaxe wichtig. — In der Therapie ist durch Biedert durch die chemische und mikroskopische Untersuchung der Fäces ein Weg angebahnt worden zur strengen Indikationsstellung der zu verordnenden Nahrungsmittel; so ist zu bedauern, daß bisher noch von keiner größeren Kinderklinik eine Kritik über den Wert dieser Angaben erfolgt ist; eine Bestätigung bezw. ein weiterer Ausbau dieser Versuche würde für die Praxis von großem Werte sein. Vor einiger Zeit ist aber (Naturf.-Vers. Hamburg) gerade von hervorragender Seite eine gegenteilige Ansicht geäußert worden. — Bei Beurteilung der unzähligen Nährpräparate ist große Skepsis am Platze und die Forderung muß gestellt werden, daß einer öffentlichen Empfehlung eine Prüfung in einer größeren Kinderklinik (nicht bloß Poliklinik) vorausgehen muß. Immerhin haben sich zwei Präparate erhalten und werden zum wertvollen Bestande der Säuglingsdiätetik gehören, das sind die Kellersche Malzsuppe und die Buttermilch.

Herr Cramer. Wenn in dem späteren Säuglingsalter vielleicht medikamentöse Therapie und Nahrungswechsel erfolgreich sind, so möchte ich für die Magendarmstörungen des Neugeborenen und in den ersten Lebenswochen darauf hinweisen, wie wichtig und ausschlaggebend da die genaueste Durchführung der richtigen diätetischen Vorschriften ist. Ich meine große Nahrungspausen und kleine Nahrungsmengen. Wir Gynäkologen sind z. B. bei den nicht seltenen Störungen bei Brustnahrung nicht in der Lage mit der Ernährung wechseln zu dürfen. Wir müssen à tout prix die Brustnahrung erhalten. Gegen die medikamentöse Behandlung in diesem Alter bin ich sehr zurückhaltend. Oft leistet hier die Einführung einer Flasche sehr gute Dienste, in der wir Korrigentien, wie Schleim, Milchzucker, Rahm u. s. w. einführen können.

Die Biedertsche Stuhluntersuchung ist zum Zwecke der Sprechstundendiagnostik ausgebildet. In diesem Sinne wird sie vorzügliche Dienste leisten. Eine genaue Beurteilung des Stoffwechsels kann man von ihr nicht verlangen.

Herr Keller. Die Milchthermophore, mögen sie auch bakteriologisch den Anforderungen entsprechen, sind für die Praxis vorläufig nicht zu empfehlen, da die Apparate nicht tadellos funktionieren. Auswahl der Tiermilch im wesentlichen davon abhängig, welche Milch in tadellosem Zustand zur Verfügung steht. Fragt an, von wem 5 tägige Wasserdiät empfohlen wird; weist hin auf die Lecithintherapie (Combe) die vorgeschlagen, aber bisher nur sehr unvollkommen erprobt ist. Die Stuhluntersuchungen haben für die Praxis fast keinen Wert, denn auch bei unzweckmäßiger Ernährung erhält man tadellosen Stuhl, der sich von Brustmilchstuhl äußerlich nicht unterscheidet. Die mikroskopische Untersuchung gestattet kein Urteil über die chemische Zusammensetzung, und die letztere ist viel zu kompliziert.

Herr Gernsheim. Im Anschluß an die Worte des Herrn Rey möchte ich Ihre Aufmerksamkeit wiederholt auf die Flaschenbürste lenken, die fast stets die

Digitized by Google

Trägerin einer Unmenge von Keimen ist, die die Flaschen von neuem unreparierbar infizieren. Ich halte es für unbedingt notwendig, die Flaschenbürste täglich einmal auszukochen. Bezüglich der Darmspülung darf ich einwenden, daß dazu ein besonderer Schlauch wie Nelatonkatheder, Ewaldsche Sonde und ähnliche durchaus nicht notwendig ist; wird die Spülung richtig ausgeführt, d. h. wird der Säugling in die richtige Rückenlage mit erhobenem Steiß gebracht und der Trichter oder Irrigator nicht höher als höchstens $^1/_2$ m über die Kanalöffnung gehalten, damit das Spülwasser glatt ohne Widerstand des Säuglings einfließen kann, so kommt man mit einer gewöhnlichen Olive oder einem gewöhnlichen Irrigatoransatz sehr gut aus. In den Referate des Kollegen Bloch vermisse ich die Erwähnung des Allaitement mixte, das ja zuerst von Biedert, dann von Marfan, der Breslauer Schule u. s. w. empfohlen wurde. Wenn wir nicht eine Muttermilchernährung durchführen können, so müssen wir unbedingt bestrebt sein, das All. m. anzuwenden, selbst wenn pro Nahrungsportion auch nur 30—40 gr Milch dem Kinde gewonnen werden. Selbst bei solch kleinen Mengen werden die anderen Nahrungssorten, die man je nach dem Alter des Kindes gibt, vorzüglich ausgenutzt. Ausheberungen ergaben in verschiedenen Fällen, das Kuhmilch dabei viel feiner gerinnt als bei reiner Kuhmilchernährung. — Herrn Keller gegenüber möchte ich darauf hinweisen, daß die Stuhluntersuchungen nach Biedert für den Paediater von unermeßlichem Wert für Diagnose und Therapie sind, zumal nicht nur bestehende Zustände damit erkannt, sondern auch kommende Veränderungen (Fettdiarrhöe) vorauszusehen sind. Aus dem Verhalten des im Stuhl vorhandenen Fettes, der vorhandenen Stärkepartikel ist mit Leichtigkeit auf den Charakter der Krankheit zu schließen. Schleimpartikel sind mit dem Mikroskop frühzeitig zu erkennen. Unerläßlich ist die Reaktionsprüfung, das Aussehen und der Geruch von großer Wichtigkeit. Ganz einfach aber ist die Untersuchung nicht, es gehört Übung dazu.

Herr Freiberger erwähnt auf die Anfrage des Herrn Selter, daß er an der Breslauer Kinderklinik Kinder mit Vollmilch mit Pegninzusetz durch das ganze erste Lebensjahr ernährt hat. Als Unterschied gegenüber Vollmilchernährung trat hervor, daß die Kinder gute Farben erhielten und muskelkräftig wurden. Ferner ließ sich das habituelle Erbrechen in einer Reihe von Fällen beseitigen. Die Versuche einer Ernährung mit Pankreonmilch haben zu schlechten Resultaten geführt, die Kinder waren nur mit Frauenmilch zu erhalten. Ferner hebt er als eine der wesentlichsten Verstöße von seiten der Mütter gegen die Reinlichkeit die Unsitte hervor, den Gummipfropfen erst selbst in den Mund zu nehmen, bevor sie ihn dem Kinde reichen.

Herr Dr. Rensburg (Elberfeld) berichtet über die im Mai dieses Jahres in Hamburg stattgefundene Ausstellung für hygienische Milchversorgung. Unter den zahllosen Gebrauchsgegenständen, die bei der hygienischen Milchversorgung gebraucht werden, wurden, weil von praktischem Interesse, besonders erwähnt, 1. ein von Dr. Seiffert (Leipzig) erdachter neuer Sterilisationsapparat für Milch, der unter Benutzung der ultravioletten Lichtstrahlen als Sterilisatoren und Vermeidung des Kochens die Milch unter Erhaltung ihrer biologischen Eigenschaften konservierbar machen soll 2. ein kleiner für zwei Milchproben dienender billiger Apparat zur Gaberschen Fettbestimmung. Unter den Milchpräparaten interessierte alsdann 1. schüttelraumfreie eingeschlossene Dauermilch zur Vermeidung des Aufrahmens und Ausbutterns bei längerem Transport; 2. die zu demselben Zwecke sogen. lait homogénisé, eine Milch, die zwischen zwei unter hohem Druck aneinandergepreßte Metallscheiben zermalmt wurde. Hierdurch soll die Fettemulsion, wie mikroskopisch nachweisbar, derart weit getrieben sein zu feinstem Fettstaub, daß eine Vereinigung zu Butter ausgeschlossen sein soll; 3. dauerhaft konservierte Milch ohne Zuckerzusatz in reichlicher Anzahl; 4. Milchfleischextrakt, welches das Feischextrakt ersetzen soll; 5. Galaktit, eine aus Casein gepreßte hornartige Masse, die industriell als dessen Ersatz verarbeitbar ist. Von den gestellten Preisaufgaben interessieren den Pardiater besonders:

1. populäre Anleitung zur richtigen Behandlung der Milch im Haushalt einschließlich Säuglings- und Kindermilch: nicht verteilt.

2. einfache praktische Methode zur Bestimmung des Schmutzgehaltes in der Milch: nicht verteilt.

3. hervorragende Leistung auf dem Gebiete der Kindermilchversorgung: zuerkannt der Firma Vollmer.

Digitized by Google

4. dasselbe speziell für die ärmere Bevölkerung; nicht vergeben.
5. zweckmäßigstes und billigstes Verfahren zur Bereitung der Säuglingsmilch im Haushalte, erteilt dem Dr. Lookschen Milchsterilisationsapparat.

R. referiert weiter über die Vorträge Rubners (Wert der Milch als Nahrungsmittel und über Gewinnung gesunder Milch) und Heubners (Kuhmilch als Säuglingsnahrung); über eine Versammlung, in der eine öffentliche Besprechung einer mustergültigen Polizeiverordnung betr. Verkehr mit Milch ohne praktisches Ergebnis stattfand; über eine wissenschaftliche Versammlung des ärztlichen Vereins in Hamburg, in der Dunbar (Hamburg) über Anforderungen der Hygiene an die städtische Milchversorgung, Soxhlet (München) über Milchversorgung und Säuglingsnahrung, und Edlefsen (Hamburg) über die durch die Schwerverdaulichkeit der Kuhmilch veranlaßten Gesundheitsstörungen des Säuglings und die Wege zu ihrer Verhütung und Beseitigung sprachen.

Zur Diskussion. Herr Selter: Milchfleischextrakt schmeckt sehr schlecht. Ich beschäftige mich augenblicklich mit der Frage, ob nicht die sog. homogenisierte Milch für den Säugling bezüglich des Fettes leichter verdaulich ist. Auch die Hamburger Versammlung hat mir wieder bewiesen, daß die Produzenten und zum Teil auch die Behörden noch nicht das nötige Verständnis für die Milchhygiene haben.

Herr Keller (Bonn) spricht über Seehospize. Er schickt einige allgemeine Bemerkungen über die Organisation der deutschen Seehospize voraus und bespricht dann die klinischen Beobachtungen, welche er im Sommer 1902 als Leiter der Wyker Kinderheilstätte zu machen Gelegenheit hatte. Bemerkenswert sind die Erfolge der Hospizbehandlung bei Respirationserkrankungen, sowie der günstige Einfluß auf die nervösen Beschwerden neuropathisch belasteter Kinder. Ausführlich werden die Gewichtszunahmen der Kinder besprochen und in Vergleich gesetzt zu den Zunahmen, welche in Ferienkolonien u. s. w. erzielt werden. Am wenigsten konnte sich K. von den vielgerühmten Erfolgen der Seehospize bei Skrophulotuberkulose überzeugen. Um diese zu erreichen, wäre eine Verlängerung der Kurdauer, oder falls dies nicht möglich ist, eine Ergänzung der Kur durch anschließenden Aufenthalt auf dem Lande notwendig. Außerdem erscheint eine strengere ärztliche Auslese des für die Kinderheilstätten geeigneten Kindermaterials erforderlich.

Herr Selter. Die Auswahl der Kinder untersteht bei uns den Frauenvereinen, deren Auswahl ein Vertrauensarzt bestätigt, ohne daß ein hausärztliches Attest vorliegt. Dagegen sollten wir in unsern Städten Front machen und so die Auswahl einschränken (stellt einen diesbezüglichen Antrag). Aber auch die ärztliche Leitung und Verpflegung an den Seehospizen läßt nach meinen Erfahrungen oft zu wünschen übrig.

Herr Dreher (Düsseldorf) demonstriert einen Pulverbläser, der mit einem Mundspatel so in Verbindung gebracht ist, daß ein pulverförmiges Medikament nach Einführung des Spatels auf jede beliebige Stelle der Mundhöhle eingeblasen werden kann. Der Vorteil des Instrumentes von den gewöhnlichen Pulverbläsern besteht darin, daß nur eine Manipulation in der Mundhöhle nötig ist, daß der Arzt die eine Hand frei behält und daß endlich die Applikation auch bei einem sich sträubenden Kinde leicht möglich ist, während durch den gewöhnlichen Pulverbläser leicht Verletzungen hervorgerufen werden können. Das Instrument ist von Metall und leicht sterilisierbar. J G. Rey (Aachen).

Naturforscherversammlung in Kassel.

Abteilung für Kinderheilkunde.

(Münch. med. Wochenschrift 1903 Nr. 40.)

I. Sitzung am 21. September 1903, Nachm. 3 Uhr.

Vorsitzender: Herr Köller (Kassel).

1. Schilling (Leipzig): **Die Sekretion der Speicheldrüsen bei Kindern.**

Bisher galt die Ansicht, daß nur die Parotis und das Pankreas in geringem Maße saccharifizierendes Ferment liefern, und daß die Glandula submaxilaris nicht vor Ende des zweiten Lebensmonates Speichel produziere. Der Verfasser konnte

Digitized by Google

bei Säuglingen von 9 Tagen bis 6 Wochen (Einlegen eines Stärkekleister enthaltenden Zulpes in die Mundhöhle des Kindes), und zwar sowohl bei Brustkindern als auch bei künstlich genährten, nachweisen, daß auch bereits die Submaxillardrüse wirksames Ferment enthält. Das Pankreas liefert gleichfalls zu dieser Zeit Ferment. Dadurch soll die Verdauung von Kohlehydraten schon in diesem frühen Lebensalter verbürgt sein.

2. Cahen-Brach (Frankfurt a. M.: **Über einen Fall von Kolonektasie.**

Der Verfasser berichtet über einen Fall von hochgradiger, chronischer Stuhlverstopfung eines jetzt 3jährigen Knaben, bei welchem die methodische Anwendung „hoher" Öleinläufe bedeutende Besserung erzielte. Die Eingießungen wurden in der bekannten Weise vorgenommen, daß ein mit dem Irrigator verbundener, elastischer Schlauch in den After eingeführt und dann unter gleichzeitigem Einfließen des erwärmten Öles die Sonde vorgeschoben wurde. Ein Röntgenbild zeigt den mit einer Kette armierten Schlauch in mehrfachen Schlingen im Dickdarm liegend. Der Verf. berechnet daraus eine mindestens 17 cm im Umfang betragende Erweiterung des Enddarmes.

Die Schlingenbildung war etwa bis 23 cm oberhalb des Anus verfolgbar. Bei diesem Kinde war somit zur Erzielung einer ausgiebigen Klysmawirkung die Sonde bis zu der angegebenen Höhe hinaufzuführen.

Diskussion: Ganghofner (Prag) ist nicht überzeugt, daß in dem berichteten Falle tatsächlich eine erhebliche Ektasie des Darmes vorlag, da bei den entstehenden Biegungen des eingeführten Darmrohres, welches in der Regel nicht weit über die Flexur hinauskommt, die gelungene Einführung eines längeren Rohres nichts beweist. Die Ölklysmen wirken ja häufig gut bei hartnäckiger Obstipation, auch in der gewöhnlichen Weise mit dem Irrigator appliziert. Besser wirkt jedoch bei chronischer Obstipation die systematische Massage, welche gerade bei jungen Kindern Dauererfolge aufweist.

Biedert (Hagenau) meint, daß es für gewöhnlich unnötig sei, mit einer Sonde hoch hinaufzugehen; bei Hochlagerung des Steißes fließt unter mäßigem Drucke die Flüssigkeit bis in das Coekum, wovon er sich selbst zu überzeugen Gelegenheit hatte. Nur bei einer eventuellen Abknickung des Kolon ist es nötig, ein Darmrohr anzuwenden, um den Rückfluß der Flüssigkeit herbeizuführen.

Cahen-Brach (Frankfurt a. M.) hält auf Grund der Röntgenaufnahme an seiner Ansicht einer Erweiterung des Enddarmes fest. Die hohe Einführung der Darmsonde geschah zum Zwecke der Feststellung einmal der Weite des Darmes wegen und dann, um nachzuweisen, wie hoch das Darmrohr eingedrungen sei.

D'Espine (Genf) bespricht kurz einen selbst beobachteten Fall von Hirschsprungscher Krankheit bei einem 14jährigen Knaben. Leichtere Fälle dieser Krankheit sind nicht so selten.

Möser (Wien) hält eine Ausdehnung des Darmes durch die Kettensonde selbst für möglich und damit auch eine Täuschung über die tatsächlichen Verhältnisse. In der Wiener Universitäts-Kinderklinik wird in solchen Fällen eine explorative Eingießung einer Wismutlösung (5—10 g auf 50 g Wasser) mit Erfolg angewendet.

Uffenheimer (München) hebt die Vorzüge der gleichzeitigen Wassereingießung mit der Einführung der Sonde hervor und berichtet eine eigene günstige Beobachtung.

Gernsheim (Worms) meint, daß das Öl bei diesen Eingießungen doch recht weit in den Darm hinauffließe und noch 2—3 Tage lang im Darm zurückbleibe. Wenigstens finden sich nach dieser Zeit noch Reste des Öles dem Stuhlgang beigemischt.

3. Reinach (München): **Beitrag zur Behandlung von Ernährungsstörungen im Säuglingsalter mit gelabter Kuhmilch.**

Eine rationelle Fermenttherapie setzt voraus die Möglichkeit, aus für die tägliche Praxis brauchbaren Fäzesuntersuchungen die herabgesetzte Tätigkeit der Verdauungsdrüsen für Eiweiß-, Fett- und Kohlehydratverdauung erschließen zu können. Für Fett oder Kohlehydrate ist dies möglich — mikrochemisch —, nicht sicher für Eiweiß. Die Labung der Milch nach Professor v. Dungern bedingt feinflockiges Gerinnen der Milch im Magen. Durch diesen Labprozeß wird jedoch die chemische Verschiedenheit und die sog. Eigenart der Kuhmilcheiweißkörper gegenüber denen der Frauenmilch, der Idealnahrung, nicht ausgeglichen. Den Versuchen Dr. Siegerts stehen ungünstige Dr. Brünings gegenüber. R. hat

Digitized by Google

an 51 Kindern Versuche mit Pegninmilch angestellt und berichtet über 44 Genaues. Es waren nur kranke Kinder, und zwar 26 chronisch und 18 akut erkrankte. Von den chronischen Fällen sind ausgeheilt 8, 6 gebessert mit akuten Rückfällen, 12 dauernd nicht geheilt. Von 4 Atrophikern sind 3 nicht geheilt. Von den 18 akuten Fällen waren 11 leichter und 7 schwer krank. Von den Schwerkranken sind 5 und von den leichten 4 geheilt; aus der Behandlung geblieben sind 4. Die Beobachtungszeit der chronischen Fälle erstreckte sich auf Wochen bis zu 5—6 Monaten, ebenso der akuten, worunter allerdings kürzer beobachtete. Zunahmen teilweise 30—40 g, teilweise nur 10—15 g bei der ersten und zweiten Gruppe der chronischen Fälle. Die Gewichtsverhältnisse im allgemeinen standen oft im Kontrast zu dem Befunde der Verdauungsorgane. — Günstig wurden durchweg die Magenbeschwerden beeinflußt. Rachitis wurde nicht sinnfällig gebessert. Gefährlich in der Fermenttherapie scheint die Zersetzungsmöglichkeit. Pegninvollmilch wurde meist nicht vertragen, wenigstens im ersten Halbjahr.

Schlußthesen: 1. In den von mir mit gelabter verdünnter Kuhmilch behandelten Fällen chronischer Ernährungsstörung hat sich bezüglich Ausheilung der Darmstörung und Hebung des Ernährungszustandes des Gesamtorganismus ein Vorzug vor anderen Methoden nicht ergeben; wesentlich günstiger gestaltete sich die Ausheilung akuter Verdauungsstörungen. 2. Die unverdünnte Pegninmilch hat sich nur in einer kleinen Zahl von Fällen für längere Zeit anwenden lassen. 3. Da aus den auch von anderer Seite publizierten Erfolgen, einerseits mit kohlehydratreichen, andererseits mit fettreichen Nährmitteln, sowie auf Grund mikrochemischer Stuhluntersuchungen hervorgeht, daß neben der oft nötigen Milchverdünnung bei einer Zahl von Kindern Zusatz von Kohlehydraten, bei anderen Fett mit eventueller Herabsetzung des Eiweißgehaltes nötig ist, um dauernd gutes Gedeihen zu gewährleisten, so ist zwar zur Erhöhung der Eiweißverdaulichkeit auch die Labung prinzipiell in Erwägung zu ziehen, aber für die Bedürfnisse und Handhabung in der Praxis dürften solche Mischungen zu kompliziert und für das Gros der Bevölkerung zu umständlich werden. 4. Die Pegninmilch wird durchwegs gern genommen. 5. In einer größeren Reihe von chronischen und akuten Störungen mit vorwiegendem Erbrechen und Unruhe nach dem Trinken wurden letztere Symptome in der günstigsten Weise durchweg beeinflußt. 6. Fälle von Reizerscheinungen von Seiten des Zentralnervensystems, die mit den Verdauungsorganen in Zusammenhang gebracht werden können, zeigten sofortiges Verschwinden dieser Zustände.

Demonstration von Gewichts- und Ernährungskurven.

Diskussion: Siegert (Straßburg) spricht sein Erstaunen darüber aus, daß der Vortragende gelabte Kuhmilch bei akuten Magendarmerkrankungen für ein Heilmittel hält. Bei diesen sei der erste und wichtigste Schritt, die Milch ganz fortzulassen. S. hat mit der Labung der Milch bei gesunden Kindern ausgezeichnete Erfolge zu verzeichnen und spricht sich dagegen aus, gelabte Milch als Heilmittel zu verwenden. Die Labung ist nur die Herbeiführung eines physiologischen Vorganges. Verwand darf nur gekochte Milch werden, da die Labung roher Milch sehr feste Gerinnsel gibt.

Schloßmann (Dresden) stimmt dem Vorredner nicht bei. Er hat mit Pegnin keine besseren Resultate gesehen und hält die Bestrebungen, die Milch durch verdauende Zusätze leichter verdaulich zu machen, heutzutage nicht für angebracht. Wir sollten vielmehr dahin streben, möglichst gute und reine Milch zu bekommen. Die alte Lehre, bei akuten Magendarmstörungen anfangs die Milch ganz fortzulassen, sei eine Irrlehre.

Selter (Solingen) vermißt für die Anwendung der gelabten Milch bei Säuglingen eine genaue Indikationsstellung von seiten des Vortragenden. Nach seinen Untersuchungen ist die Gerinnung der gelabten Milch im Magen des Kindes die gleiche wie diejenige nicht gelabter Milch. Gegenüber Schloßmann (Dresden) möchte er vorläufig bei akuten Magendarmstörungen keine Milch geben.

Rommel (München) befürwortet die Anwendung gelabter Milch bei Krankheitsfällen, in denen die Symptome von seiten des Magens im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen.

Reinach (München) setzt auseinander, daß es nur seine Absicht war, die tatsächlichen Erfolge bei Ernährung mit gelabter Milch bei einer Reihe von Magendarmstörungen hier zu erörtern.

4. Salge (Berlin): **Enterokatarrh im Säuglingsalter.**

Digitized by Google

Verfasser hatte Gelegenheit, eine Reihe von Kindern in der Säuglingsstation der Kinderklinik der Charité zu beobachten, die an akutem Enterokatarrh mit schweren Vergiftungserscheinungen litten. In diesen Fällen wurden die von Escherich und Finkelstein im Jahre 1900 beschriebenen blauen Bazillen in großer Menge gefunden. Es wurden Versuche gemacht, an den Bakterien oder ihrem Kultursubstrat pathogene Eigenschaften nachzuweisen. Als Versuchstiere dienten Kaninchen und Meerschweinchen. Diese Versuche, in deren Verlauf auch die Autolyse der Bakterien nach dem Vorgange Conradis ausgeführt wurde führten nicht zu einem positiven Ergebnis. Es wurde dann, angeregt durch die klinische Beobachtung, untersucht, ob Fettsubstanzen für die Biologie des Mikroorganismus von Bedeutung wären. Es wurden dem $1\frac{1}{2}$ proz. Traubenzucker enthaltenden Nährboden 0,1 % bleisaures Natron zugesetzt. In diesen Nährböden trat eine erhebliche Wachstumsförderung ein, pathogene Eigenschaften konnten aber auch so nicht nachgewiesen werden.

Dagegen ergab sich das interessante Resultat, daß nicht nur der Zucker zersetzt wurde, sondern auch die hohe Fettsäure verschwand und in niedere Fettsäuren zerlegt wurde. Dieser Befund würde es leicht verständlich erscheinen lassen, daß in diesen Fällen die Darreichung von Fett eine starke Azidität der Stühle zur Folge hat.

Die großen Mengen von Säuren, die im Darme gebildet werden, lassen daran denken, sie mit den toxischen Erscheinungen, die nach Fettdarreichung eintreten, in Beziehung zu setzen, und Verfasser stellt die Möglichkeit auf, daß es sich um eine Alkalientziehung durch die gebildeten abnormen Säuren handle. Untersuchungen hierüber stellt der Verfasser in Aussicht.

5. Siegert (Straßburg i. E.): **Die Fermenttherapie der Atrophie im Säuglingsalter.**

Unter Bezugnahme auf einen einleitenden Vortrag in der letztjährigen Versammlung präzisiert Vortragender jetzt die Indikationen der Fermenttherapie: mangelnde Sekretion des Magens, Darmes und Pankreas.

Die Diagnose erfolgt aus dem Nachweis unverdauter Nahrungsbestandteile: Stärke, große konfluierte Fettlachen, viele Parakaseinflocken im Stuhl unter Verhältnissen, wo diese sonst fehlen. Außerdem aus ungenügender oder fehlender Gewichtszunahme bei zweckmäßiger Nahrung in entsprechender Menge. Der Erfolg der Fermenttherapie bei gleicher Ernährung bestätigt die Diagnose.

Die Leistungen der mit Pegnin gelabten Milch, der Pankreaspräparate und des kräftigsten Sekretionserregers, der Buttermilch, werden zum Teil auf Grund kurzer Krankengeschichten besprochen.

Dank der systematischen Anwendung der Fermente (Labferment, Pankreasextrakte) und der Erreger der Fermentsekretion (Salzsäure, Fleischbrühe und -extrakt) und vor allem der Buttermilchkonserve Biederts vermögen wir heute oft die Atrophie des Säuglings in blühendes Gedeihen zu verwandeln.

Diskussion: Rommel (München) hat sich bemüht, eine gute Buttermilch darzustellen, und hat gefunden, daß diese doch nichts anderes ist als eine gesäuerte Magermilch. Er verwendet jetzt auch in der Praxis Zentrifugenmagermilch, welche er 24 Stunden lang durch Zusatz von Milchsäurebakterien gesäuert hat. Seine Erfolge sind günstige. Nach seinen Untersuchungen ist der Albumingehalt der Buttermilch nicht erhöht.

Thiemich (Breslau) hat Kinder mit Vollmilch gefüttert und direkt im Anschlusse daran eine Portion Pegnin herunterschlucken lassen. Eine Störung ist dabei nicht eingetreten. Die mechanische Bedeutung der Pegningerinnung ist mindestens sehr gering.

Salge (Berlin) sieht doch zwischen gesäuerter Magermilch und Buttermilch Unterschiede. Der Fettgehalt ist für die Feinheit der Kaseingerinnung wichtig. Seine Erfolge mit gesäuerter Magermilch waren nicht so günstig wie diejenigen mit Buttermilch.

Lugenbühl (Wiesbaden) hat gute Erfolge mit einem trinkfertig hergestellten Buttermilchpräparat aus Holland zu verzeichnen.

Biedert (Hagenau) spricht sich für Buttermilch aus, nur warnt er vor der gewöhnlichen Buttermilch, welche oft gefährliche Beimischungen enthält. Er plädiert für künstliche Herstellung von Buttermilch — eventuell durch künstliche Säuerung (Säurebazillen).

Rommel (München) betont, daß bei der Säuerung der Magermilch ein andauerndes Schütteln für die Feinheit der Kaseingerinnung bedeutungsvoll sei.

Digitized by Google

Beim Zusatz von Mehl und Zucker zur Magermilch vor der künstlichen Säuerung entsteht zum Schlusse eine fast homogene Mischung.

6. Selter (Solingen) berichtet über ein von ihm in der Literatur nicht gefundenes Krankheitsbild: **Trophodormatoneurose**, eine Erkrankung, die er bei Kindern weiblichen Geschlechtes zwischen 1 ½ und 3 ½ Jahren beobachtete. Die Symptome waren: Verdrießlichkeit, Ängstlichkeit, bei einzelnen Kindern mit psychischen Störungen (Delirien, Halluzinationen), ja bis zur ausgeprägten Psychose. Dabei profuse Schweiße und deren Folgen (Sudamina, Exkoriationen, Kratzeffekte), rote, kühle Schwellung der Hände und Füße. An inneren Organen keine Störungen. Der Verlauf der Erkrankung war langwierig (bis zu 3—4 Monaten), aber stets günstig.

7. Schloßmann (Dresden): **Eine verbesserte Methode der Ernährungsstatistik der Säuglinge.**

Die bisherige Art, wie die Ernährungsfrage bei der Statistik der Säuglingstodesfälle berücksichtigt wird, ist ungenügend. In Dresden wird jetzt nur eine Frage zur Beantwortung vorgelegt. „Wie lange wurde das verstorbene Kind gestillt?“ Damit ist die Grundlage für eine brauchbare, allgemeine Statistik gegeben. Weiter muß bei der Volkszählung für alle Kinder unter einem Jahr festgestellt werden, ob die Kinder gestillt werden oder nicht.

8. Sperk (Wien): **Die Prinzipien der städtischen Kindermilchversorgung.**

Der Verf. bespricht die Notwendigkeit der städtischen Kindermilchversorgung, besonders im Interesse der armen Bevölkerung. Die Kommunen sind dafür die berufenen Körperschaften. Durch Zentralisierung des gesamten Kindermilchverkehrs in besonderen städtischen Molkereianlagen würden die Stadtgemeinden in der Lage sein, die Frage einheitlich zu regeln. Redner wünscht im Anschlusse an diese Anstalten die Errichtung sogenannter Milchlaboratorien nach amerikanischem Muster. Redner weist weiter darauf hin, daß es notwendig sei, alle Maßnahmen des öffentlichen Kinderschutzes auch auf das Land zu übertragen; denn gerade dort ist die Kinder- und besonders die Säuglingssterblichkeit eine größere als in den Städten. Das Land aber ist die eigentliche Produktionsstätte des Nachwuchses. Durch die Sanierung der kindlichen Ernährungsverhältnisse auf dem Lande ist es aber erst möglich, alle hygienischen Faktoren des Landlebens für die öffentliche Gesundheit zu verwerten.

II. Sitzung vom 22. September 1903, Vorm. ½9 Uhr.

Vorsitzender: Herr Comby (Paris).

1. Hochsinger (Wien): **Stridor congenitus und Thymushypertrophie (mit Röntgenbildern).**

H., welcher sich schon seit zwei Jahren mit radioskopischen Untersuchungen über die Thymusdrüse im Säuglings- und frühen Kindesalter befaßt, hat 58 Kinder der ersten drei Lebenssemester im Röntgeninstitute Kienböcks in Wien rücksichtlich der Thymusgröße untersucht. Zunächst stellt H. fest, das radioskopische Untersuchungen über die Thymusdrüse überhaupt noch nicht vorgenommen worden sind, daß dieselben aber immer zn einem positiven Resultate in den frühen Lebensperioden führen. Es gibt ein typisches Röntgenbild der Thymus, welches sich als ein vom Herzschatten parallel mit dem Wirbelsäulenschatten zum oberen Brustbeinrand emporsteigendes, die Wirbelsäule seitlich überragendes und konkav begrenztes Band darstellt. Unter normalen Verhältnissen ist die Breite dieses Bandes der Höhe der Insertion der zweiten Rippe an dem Dorsalwirbel nur um ein geringeres breiter als der Wirbelschatten selbst. Unter pathologischen Verhältnissen wird nun der dem Wirbelsäulenschatten folgende Anteil des Thymusschattens breiter, so daß er beiderseits mehr weniger den ersteren überragt und auch den Herzschatten scheinbar seitlich vergrößert.

Seine besondere Aufmerksamkeit hat H. jenen Säuglingen zugewendet, welche das bisher in seiner Wesenheit noch nicht enträtselte Bild des „Stridor congenitus“ darboten. Hierunter wird eine angeborene oder in den ersten Lebensmonaten auftretende geräuschvolle Atmung verstanden, deren Intensität am Ende des Inspiriums am bedeutendsten ist, welche Tag und Nacht persistiert und röchelndes, mäckerndes oder klucksendes Tönen bei jedem Atemzuge erkennen läßt. Immer finden sich auch inspiratorische supra- und substernale Einziehungen, welche beweisen, daß es sich um eine Stenose der oberen Luftwege handelt.

Digitized by Google

Über die Entstehung dieser Geräusche sind viele Theorien ersonnen worden, unter anderen auch eine, welche das Geräusch von einer Kompression durch hypertrophierte Thymus herleitet. Der Vortragende, welcher immer diese von Avellis verteidigte Anschauung geteilt hatte, konnte nun durch die radiologische Untersuchung von 20 Säuglingen mit Stridor congenitus das Vorliegen einer hypertrophierten Thymus im Röntgenbilde feststellen. 4 von diesen Fällen hatten enorm hypertrophierte Thymen, 20 wesentlich vergrößerte und nur 1 Fall eine geringfügig vergrößerte Thymus. Aus diesen Untersuchungsergebnissen glaubt H. mit Sicherheit annehmen zu dürfen, daß die als Stridor congenitus bezeichnete geräuschvolle Atmung der Säuglinge auf Thymushypertrophie beruht, und schlägt vor, diese pathologische Atmungsform richtiger mit dem Namen Stridor thymicus zu bezeichnen und von dem Epitheton „congenitus" ganz abzusehen, weil dasselbe viel häufiger nicht gleich bei der Geburt, sondern erst innerhalb der ersten Lebensmonate des Kindes in Erscheinung tritt.

Sonst konnte noch ein gewisser Zusammenhang zwischen Rachitis und Thymushypertrophie festgestellt werden, da von 32 untersuchten rachitischen Kindern 23 eine Vergrößerung der Thymusdrüse aufwiesen. Die Beziehung der Thymushyperplasie zur Rachitis wird in ähnlicher Weise beurteilt, wie das Verhältnis der Milzhyperplasie zu der genannten Erkrankungsform.

2. Zuppinger (Wien): **Über Laryngitis aphthosa.**

Der Vortragende erwähnt, das die Stomatitis aphthosa zwar in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine wirklich gutartige, nur auf die Mundschleimhaut lokalisierte Krankheit sei, nicht selten aber progredienten Charakter zeige, insofern sie dann auf den Gaumen, Uvula, Tonsillen und hintere Rachenwand übergreife. In sehr seltenen Fällen ist auch der tiefere Verdauungstrakt betroffen. Andererseits kann die aphthöse Entzündung auch auf den Larynx übergehen und dann besonders bei kleinen Kindern ausgesprochene Larynxstenose erzeugen, die die Kinder in direkte Erstickungsgefahr bringt. Verfasser beobachtete unter 900 Kindern mit Stomato-pharyngitis aphthosa 6 solche Fälle und bringt ein ausführlicheres Beispiel. Die Therapie besteht in einer energischen Behandlung der Grundkrankheit, hierzu benutzt er Auswaschungen des Mundes und Rachens mit Solutio Kali hypermang. und vermeidet interne Verabreichung von Kali chloricum. Geht die Grundkrankheit zurück, lassen auch bald die Symptome von seiten des Kehlkopfes nach. Zur Unterstützung werden mit bestem Erfolge Wasserdampfinhalationen und warme Umschläge am Halse angewendet. Bei gefahrdrohender Larynxstenose ist die Intubation auch im Säuglingsalter der Tracheotomie schon wegen der voraussichtlich kurzen Intubationsdauer vorzuziehen.

3. Brüning (Leipzig) berichtet unter gleichzeitiger Demonstration von Photogrammen und farbigen Abbildungen, welche das Verhalten der Seiffertschen Nomafäden zu den Gefäßen und den im nomatösen Gewebe verlaufenden Muskelfasern illustrieren sollen, über **4 Nomafälle aus dem Leipziger Kinderkrankenhause.** Die Erkrankung betraf 2 Knaben und 2 Mädchen im Alter von 3 bis 5 1/4 Jahren und endete bei den beiden Knaben tödlich, während die beiden Mädchen mit dem Leben davon kamen. In drei Fällen entwickelte sich der Wangenbrand nach Masern, der vierte Fall betraf einen hereditärluetischen, rachitischen Knaben mit langwieriger Pneumonie und Empyem. Die Therapie war eine exspektative.

4. Keller (Bonn): **Erfolge und Organisation der Seehospize.**

Die wesentlichen Erfolge der deutschen Seehospize bestehen in dem Verschwinden der nervösen Beschwerden bei neuropathisch belasteten Kindern (in Zusammenhang mit der Anstaltsbehandlung), in der günstigen Beeinflussung der Respirationserkrankungen durch die relative Keim- und Staubfreiheit der Luft, sowie die Gleichmäßigkeit der Temperatur und vor allem in der Erzielung erheblicher Körpergewichtszunahmen bei Kindern aus armen und wohlhabenden Familien. Bei erholungsbedürftigen und rekonvaleszenten Kindern werden infolgedessen gute Erfolge erzielt, aber diese sind von kurzer Dauer. Bei Tuberkulose und Skrofulose kommt es zu einer Besserung des Allgemeinbefindens, zu einem vorübergehenden Verschwinden einzelner Symptome, aber von einer Heilung kann keine Rede sein. Ein Vergleich mit den ausländischen Hospizen fällt zu Ungunsten der deutschen aus. Bleibt die Kurdauer in den letzteren auf sechs Wochen beschränkt, dann sind die Seehospize nicht besser als die Ferienkolonien, nur viel kostspieliger. Stellen die Hospize sich größere Aufgaben, und zwar eine

Digitized by Google

ernsthafte Bekämpfung der Skrofoluse-Tuberkulose, dann ist es notwendig: 1. eine sorgfältige Auslese des Materials, vor allem der unentgeltlich aufgenommenen Kinder, 2. eine erheblich längere Kurdauer, 3. Durchführung des Winterbetriebes in größerem Maßstabe, 4. dauernde ärztliche Beobachtung der Kinder auch nach der Entlassung aus der Heilstätte.

Die letztere, sowie die Auslese des Materials ist in den Großstädten den Kinderpolikliniken oder einzelnen Ärzten zu übergeben, welche ständig in Fühlung mit der Vereinsleitung und den Seehospizärzten stehen.

Die Bedingungen für guten Erfolg sind gegeben, nur müssen sie voll ausgenützt werden, wenn die deutschen Heilstätten nicht weit hinter den ausländischen zurückstehen sollen.

5. Thiemich (Breslau) erstattet das diesjährige Referat: **Über die Hysterie im Kindesalter.**

Referent stellt die Tatsache des häufig monosymptomatischen Auftretens der Kinderhysterie in den Vordergrund und versteht darunter das Fehlen der sogenannten Charcotschen Stigmata. Um ein Verständnis für dieses Verhalten anzubahnen, geht Th. den Frühformen der Kinderhysterie nach und schildert besonders einige derjenigen Krankheitsbilder, welche nicht Nervenkrankheiten, sondern Erkrankungen der vegativen Systeme imitieren. Es handelt sich dabei öfter um sehr junge Kinder (2.—4. Lebensjahr) und meist um die psychogene Fortsetzung bezw. Wiederholung eines früheren organischen Leidens, dessen Hauptsymptom durch Autoimitation fortgeführt wird. Neben der Autoimitation spielt die Imitation fremder Leiden — beides natürlich mehr oder minder unbewußt — eine wichtige ätiologische Rolle. Auch dies wird an Beispielen erläutert. Aus diesen Beobachtungen ergibt sich die Wichtigkeit des Milieus für den Ausbruch hysterischer Erkrankungen. Dafür spricht auch die ärztliche Erfahrung, daß eine Heilung oft nur durch Entfernung des Patienten aus seiner bisherigen Umgebung gelingt. Es ist wahrscheinlich, daß das ungeeignete Verhalten nervöser Eltern, Erzieher usw. die hysterische Manifestation nicht direkt produziert, sondern nur dadurch schädlich wirkt, daß die wohl bei jedem Kinde gelegentlich zu beobachtenden, kleinen Ansätze zur Hysterie nicht unterdrückt und ausgerottet, sondern großgezogen werden. (Autoreferat.)

6. Im Anschluß daran erfolgt das Korreferat von Bruns (Hanover).

Der Korreferent gibt zunächst einige kurze Daten nach seinem eigenen Materiale. Er hat unter 700 Fällen von Hysterie 144 bei Kindern beobachtet; also auf etwa 5 Hysterische 1 Kind. Die obere Grenze des Kindesalters setzt er ins 16. Jahr. Die meisten Fälle fielen zwischen das 7. und 12. Jahr; ziemlich viele darüber bis zum 16. Jahre; im 6., 5. und 4. Jahre hat er nur noch 6 Fälle beobachtet; die jüngsten waren zwei Knaben von 3 Jahren. Er hält die Hysterie unter diesem Jahr jedenfalls für äußerst selten und die Hysterie der Neugeborenen, von der besonders französische Autoren berichten, für unbewiesen. Alles in allem kamen ihm etwa doppelt so viel hysterische Mädchen als Knaben zur Beobachtung; unter 9 Jahren war aber die Zahl der Knaben fast so groß wie die der Mädchen. Mit dem höheren Kindesalter nimmt also die Hysterie bei Knaben relativ ab, bei Mädchen zu. 40% seiner hysterischen Kinder waren Landkinder; bei diesen kommen ganz besonders schwere und hartnäckige Formen vor. — Die Formen der Hysterie sind sehr verschiedenartige; relativ sehr häufig ist die Astasie-Abasie; hysterische Krämpfe sind häufiger, als B. früher annahm, besonders bei älteren Kindern. Meist fehlen die Stigmata, besonders die Hautanästhesien. B. sucht das Fehlen derselben aus Eigentümlichkeiten des kindlichen Vorstellungslebens zu erklären; ihr Fehlen bilde deshalb keinen unerklärlichen Gegensatz zu der Hysterie der Erwachsenen, es zeuge vielmehr deutlich, daß auch die Stigmata der Hysterie psychisch bedingt sind.

Trotz des Fehlens der Stigmata sei die Diagnose wenigstens in Fällen mit neurologischen Symptomen bei der Kinderhysterie auch vor der Heilung oder bei Nichtgelingen derselben meist sicher. Vor allem gelte es, auch bei Kindern immer an die Möglichkeit der Hysterie zu denken, vor ihr auf der Hut zu sein. Dann halte man sich an die charakteristischen Eigentümlichkeiten der Symptome der Hysterie und ihrer Gruppierung, die B. näher ausführt, an die große psychische Beeinflußbarkeit, an das Mißverhältnis zwischen Ursache und scheinbarer Schwere der Symptome. — Erschwerend für die Diagnose kann es manchmal wirken, wenn hysterische Erscheinungen als Imitationen oder Prolon-

Digitized by Google

gationen organischer Leiden auftreten, z. B. hysterische Ankylosen nach Gelenkrheumatismus, oder hysterische Chorea nach rheumatischer, oder überhaupt nach organischen Krankheiten, wie z. B. Astasie-Abasie nach Infektionskrankheiten. — Die Prognose der Kinderhysterie ist sowohl für die Heilung der Symptome, als für die Gesamtkrankheit eine viel bessere, als die der Hysterie der Erwachsenen; ersteres liege an der größeren Suggestibilität der Kinder, letzteres daran, daß bei ihnen der hysterische Charakter noch nicht festgewurzelt ist. — Für die Behandlung ist in allen hartnäckigen Fällen Aufnahme ins Krankenhaus geboten. — Im Speziellen empfiehlt B. für den betreffenden Einzelfall wieder die Methoden, die er früher als Überrumpelungsmethode und als Methode der zielbewußten Vernachlässigung bezeichnet hat, und weist die Behauptung, daß die erstere Methode den Kindern schädlich sei, kurz zurück. Nötig sei es jedenfalls, das die hysterischen Manifestationen möglichst rasch und möglichst gründlich ausgerottet würden; dann sei eine Dauerheilung zu hoffen. (Autoreferat.)

Die Schlußsätze zu den Referaten sind die folgenden:

1. Das häufig „monosymptomatische“ Auftreten der Hysterie im Kindesalter darf als gesichert gelten und steht nicht im Widerspruche mit dem Wesen der Hysterie.

2. Zu den gewöhnlichen — oft verkannten — Frühformen der Kinderhysterie gehören die durch Autoimitation entstandenen.

3. Die Manifestation hysterischer Erkrankungen wird oft, die Fixierung derselben fast immer durch ungeeignetes Verhalten der Umgebung des Kranken hervorgerufen; andere Ursachen für die Fixierung sind im Kindesalter selten.

4. Die Prognose der Kinderhysterie ist eine wesentlich günstigere, wie die der Erwachsenen; und zwar sowohl die Prognose des Einzelsymptoms, wie des Gesamtleidens.

5. Therapeutisch kommt bei nicht ganz rasch in Heilung ausgehenden Fällen stets die Entfernung aus den gewohnten Verhältnissen, besonders die Aufnahme in ein Krankenhaus in Betracht. Die Behandlung des Einzelsymptomes wird je nach der Art desselben verschieden sein, wichtig aber ist, daß seine Ausrottung möglichst rasch erfolgt.

Diskussion: Binswanger (Jena) wendet sich gegen die Auffassung des Referenten, daß die kindliche Hysterie den Charakter einer monosymptomatischen habe, es gibt nur eine Hysterie mit monosomatischen Symptomen. Der psychische Zustand ist nicht monosymptomatisch. Der Schmerz ist seiner Meinung nach zu wenig betont, eine große Anzahl der Lähmungen kommt über den Schmerz als auslösendes Moment. Er erwähnt eine diesbezügliche eigene Beobachtung. Schließlich warnt er vor der Anwendung der Hypnotherapie bei der Hysterie.

D'Espine (Gent) warnt gleichfalls vor der Anwendung der Hypnose und steht auch auf dem Standpunkt, daß die Eklampsie kleiner Kinder streng von der Hysterie zu trennen sei.

Ganghofner (Prag) hat bei hysterischen Kindern eine Reihe von Prüfungen auf eine eventuelle Gesichtsfeldeinschränkung gemacht und $^1/_4$—$^1/_5$ seiner Fälle zeigte eine solche. Den Angaben über die Säuglingshysterie steht auch er skeptisch gegenüber, die Mehrzahl seiner Kinder befand sich im 7. bis 11. Lebensjahre. Die von dem Referenten betonte Störung der viszeralen Funktionen hält er für wichtig und beachtenswert. Eine häufige Erscheinung sei auch das hysterische Erbrechen. Die Enuresis kann nur zum Teil auf hysterischer Grundlage beruhen, in seinem Material war wenigstens die hysterische Enuresis sehr selten. Die Entstehungsweise der nervösen Enuresis bei Kindern ist eine andere als die hysterischer Erkrankungen.

Thiemich (Breslau) verteidigt seinen Standpunkt und hebt nochmals hervor, daß die somatischen Stigmata (im Sinne Charcots) bei der kindlichen Hysterie meist fehlen. Die Enuresis der Kinder an dem Material der Breslauer Klinik ist überwiegend hysterischer Natur.

Bruns (Hannover) hebt hervor, daß die Grundlage der Hysterie psychischer Natur sei, doch sei es naturgemäß bei Kindern sehr schwierig, auf diesem Gebiete Untersuchungen anzustellen. Den Versuch, eine Definition der Hysterie zu geben, hat Korreferent, weil bisher erfolglos, unterlassen.


Digitized by Google

II. internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie in Brüssel.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 40.)

Die IV. Sektion (administrative, Kinderhygiene) behandelte in ausführlicher Diskussion die Frage der **Säuglingsernährung und des administrativen und legislativen Schutzes der Neugeborenen.**

Zu diesem Thema hatten Budin (Paris), Heubner (Berlin), Knöpfelmacher (Wien) umfassende Referate erstattet. Von allen Seiten wurde die überaus große, durch Magendarmkrankheiten verursachte Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahr konstatiert und die Brustnahrung als die einzige rationelle Ernährung der Säuglinge anerkannt, während ebenso die zu diesem Zweck auf den Markt gebrachten Milchpräparate, die durch chemische Manipulationen der Muttermilch gleichwertig gemacht werden sollen, verworfen wurden. Budin berichtete, daß er da, wo die Sekretion der Brustdrüse anfänglich nicht für die ausschließliche Brustnahrung ausreicht, durch eine gemischte Ernährung sehr gute Resultate erzielt habe, und zwar in der Weise, daß er jede Brustmahlzeit durch eine kleine Menge sterilisierter, unverdünnter Kuhmilch komplettiert. Die beidenMilchsorten gleichzeitig gereicht, würden sehr gut vertragen und durch den häufigeren Reiz würde die Brustdrüse so zur Sekretion angeregt, daß die Zusatzmahlzeiten bald ganz wegfallen könnten. Für die künstliche Ernährung empfiehlt er die pure, sterilisierte Kuhmilch mit einem Buttergehalt von 37—38 g pro 100 ccm Milch, und zwar müßte diese den Kindern im Verhältnis zu ihrem Gewicht und nicht im Verhältnis zu ihrem Alter gereicht werden. Für ein Kilo Gewicht wird die Menge von 100 g empfohlen; die entsprechende Gewichtszunahme solle im ersten Drittel des Säuglingsjahres 5 g pro Kilo Gewicht und pro die betragen, im zweiten 2,5 und im letzten 1,25 g. Budin warnt eindringlich vor einer Übernährung und betrachtet das Verhalten der Temperatur für einen Indikator zur Vermehrung oder Verminderung der Nahrungszufuhr. Redner bespricht dann die guten Resultate, die durch die von ihm eingeführten „Consultations des nourissons" in bezug auf Belehrung der Mütter als auch in der Überwachung der Gesundheit der Säuglinge erzielt werden, sowie die Einrichtungen der „Gouttes de lait", die es sich zur Aufgabe gemacht, die ärmeren Volksschichten mit guter, reiner Milch zu versorgen. Er bringt statistisches Material, wie sich die Sterblichkeit durch diese Anstalten verringert. Durch ausgesetzte Prämien, durch Gewährung von Nahrungsmitteln würden die Mütter zum Stillen angefeuert und so die Wichtigkeit dieses Aktes propagiert; dazu kämen hygienische Belehrungen im weitesten Sinne. Clerfait (Mons) tritt für eine Belehrung der jungen Mädchen in den Haushaltungsschulen in bezug auf Säuglingsernährung ein und verlangt, daß die Hebammen mehr als bisher als Erzieherinnen der Frauen nach dieser Richtung hin tätig sein müßten, während Heubner wohl die Bedeutung solcher Maßregeln anerkennt, das Hauptmittel aber in der Beschaffung einer billigen, einwandfreien Milch für die ärmeren Klassen erblickt. Das Soxhletsche Verfahren stelle noch nicht das Ideal dar; die Milchsurrogate seien zu verwerfen. Die Hamburger Milchausstellung habe aber gezeigt, daß die Milchproduzenten auf dem richtigen Wege seien. Heubner erwähnt in dieser Beziehung das von dem Ingenieur Helm angegebene Verfahren der Tiefenkühlung, bei welchem durch Abkühlung der Milch auf wenig über 0 Grad eine Vernichtung der Bakterien zustande kommt, ohne daß der Geschmack leidet, was bei der Sterilisierung der Fall ist. Die Milch wird in besonders konstruierte Gefäße abgefüllt und aus diesen in den Niederlagen direkt an die Konsumenten verabfolgt. Sache der Kommunen wäre es nun, die Etablierung möglichst zahlreicher Niederlagen zu begünstigen. Der Konsument hat nur die Aufgabe, die Milch kühl aufzubewahren. Seiffert hat durch die Einwirkung der ultravioletten Strahlen des elektrischen Funkens die Keimfreimachung der Milch zu erreichen gesucht, ohne die biologischen Eigenschaften zu schädigen. Dieses Verfahren hat den Vorteil der Soxhletschen Abfüllung in Einzelportionen ohne dessen Nachteil der Sterilisierung, es ist aber bis jetzt nur im Laboratorium und noch nicht im Großbetrieb erprobt. Heubner spricht die Hoffnung aus, daß in nicht allzu ferner Zeit auch den Minderbemittelten eine zweckentsprechende billige Säuglingsnahrung geboten wird, und bespricht dann noch zum Schluß die Institu-

Digitized by Google

tion, die die Stadt Leipzig zum Schutze der unehelichen Neugeborenen geschaffen hat, indem sie einen Magistratsbeamten mit der Gerneralvormundschaft über sämtliche uneheliche Kinder beauftragt hat. Ihm zur Seite stehen ein Ziehkinderarzt und besoldete Aufsichtsdamen, die im Verein mit diesem die Wohnung, Nahrung und sonstige Haltung jedes einzelnen Kindes zu überwachen haben.

Knöpfelmacher betont, daß die Lehre von der Säuglingsernährung einer gründlichen Revision bedarf, und stützt sich dabei auf neuere Untersuchungen, die zeigten, daß der Unterschied zwischen Frauen- und Kuhmilch nicht in den Kasein zu suchen ist, sondern in gewissen Fermenten, die der Frauenmilch eigen sind, während sie in der Kuhmilch zum Teil fehlen, z. B. die Diastase, wofür diese wieder Oxydasen enthält, die in der Frauenmilch nicht vorhanden sind. Durch Kochen werden aber diese Fermente zerstört und so vielleicht ein Faktor der Assimilation ausgeschaltet. Redner kommt dann auch auf die Bordetschen Versuche zurück, welche die Spezifität der Milchsorten zeigen, so daß bei Zufuhr von artfremder Milch der kindliche Organismus eine größere Leistung zu vollbringen habe wie bei Zufuhr von artgleicher Milch, wie dies Wassermann annehme, was aber noch nicht bewiesen sei. Interessant und von Bedeutung sei auch die Beoachtung Moros, daß Frauenmilchkinder auf die erstmalige Zufuhr von Kuhmilch mit Leukocytose reagieren. Redner bespricht dann noch die Versuche Heubners und Rubners über den Energiequotienten und schließt mit der Ansicht, daß die Nahrung am zuträglichsten für den Säugling ist, die der Frauenmilch in bezug auf Fett, Zucker, Salze u. s. w. am nächsten käme.

Über die Nahrungsmilch, die Anforderungen an ihre chemische Zusammensetzung, über die Bedingungen, durch die die Schwankungen in derselben entstehen, und über die Prüfungsmethoden verhandelte die Sektion für Nahrungsmittelhygiene. Zu diesen Fragen hatten Bordas (Paris), Schaffer (Bern) van Engelen (Brüssel) die Referate erstattet. Schaffer beleuchtete alle Faktoren, die für die Variationen in der Milch in Betracht kommen. Als mittleren Gehalt der in der Schweiz produzierten Milch betrachtet man einen Gehalt von 87,5 % Wasser, 3,6 % Fett, 4,8 % Milchzucker, 3,4 % Eiweiß und 0,7 % Mineralstoffe. Diese Zusammensetzung ist nun in weiten Grenzen schwankend, ohne daß die Milch verfälscht zu sein braucht. Schon die Viehrasse, ob Braunvieh oder Fleckvieh, die Fütterung, die Art des Melkens (Schwankungen des Fettgehaltes von 0,8 % bis 9,6 % zwischen der zuerst und der zuletzt gemolkenen Milchportion), die Melkzeit (ob Morgen- oder Abendmilch), der Melker, die Arbeitsleistung und Bewegung der Tiere, Temperatur und Witterung sind von großer Bedeutung für die Komposition der Milch. Die Sektion nahm denn die von Bordas vorgeschlagene Definition der Vollmilch mit folgendem Wortlaut an: Man darf nur als Vollmilch betrachten und als solche verkaufen die Produkte, die von einem vollständigen Ausmelken der Kühe, und zwar nur gesunder Kühe stammen. Die Sektion votierte ferner, daß die Unterprodukte der Milch, wie abgerahmte, zentrifugierte, Magermilch nicht für Neugeborene, Kranke und Greise benutzt werden dürfen und daß jeder Zusatz antiseptischer Mittel zur Konservierung zu verbieten sei. Eine ausgedehnte Stallkontrolle durch Veterinäre wurde ebenfalls warm befürwortet. Bezüglich der Sterilisation der Nahrungsmittelkonserven, hauptsächlich der Armeekonserven, über welche Frage Sforza (Bologna) und Vaillard (Paris) eingehende Berichte gaben, wurde das Verfahren der Sterilisierung mittels des gespannten Wasserdampfes bei 125 Grad während einer Stunde als die beste empfohlen; wo es die Natur der Konserven nicht erlaube, hat die fraktionierte Sterilisierung bei niederen Temperaturen zu geschehen. Der Zusatz von Antisepticis ist ebenfalls auf das strengste zu untersagen. Die Prüfung auf Keimfreiheit geschieht durch Aufbewahren von Probebüchsen im Brutschrank während 8 Tagen. Die Pasteurisierung der Milch bildete einen weiteren Verhandlungsgegenstand dieser Sektion. Es handelt sich darum, welche Methode vorzuziehen sei, ob die momentane, d. h. die Erhitzung auf 85 Grad während 1—2 Minuten, oder die langsame, d. h. die Erwärmung auf 63—65 Grad während einer Stunde. Das letztere Verfahren hat den Vorteil, daß es die biologischen Verhältnisse der Milch nicht verändert, während dies beim Schnellverfahren der Fall ist, das auch für die Fabrikation von Hartkäsen nicht anwendbar ist. Es entspann sich eine lebhafte Diskussion über die Höhe der zur Vernichtung der Tuberkelbazillen nötigen Temperatur und Zeit und schließlich wurden folgende Konklusionen angenommen: Die Pasteurisation in den Molkereien, die Milch verarbeiten, ist notwendig und unerläßlich. Mehrere

Digitized by Google

Apparate ermöglichen es, ohne große Unzugänglichkeiten, die pathogenen Keime in der Vollmilch und im Rahm bei einer Temperatur von 85 Grad zu zerstören. Doch ist es wünschenswert, bezüglich des letzteren weitere Versuche hinsichtlich der Temperatur und eines geeigneten Arbeitsmodus anzustellen, ebenso wie Versuche bezüglich der Verwendung von Temperaturen um 65 Grad herum fortgesetzt werden sollen.

Naturwissenschaftlich-medizinische Gesellschaft zu Jena.

(Sitzung vom 16. Juli 1903.)

(Münchener med. Wochenschrift.)

Lommel: **Über die Pubertätsalbuminurie.**

Die im Pubertätsalter auftretende, beim Heranwachsen meistens wieder verschwindende Albuminurie hat Leube neuerdings als Entwickelungskrankheit prinzipiell von der physiologischen Albuminurie, die als Konstitutionsanomalie aufzufassen ist, abgetrennt. Die Pubertätsalbuminurien stellen das Gros der sogenannten zyklischen Albuminurie dar; sie ist in der hierhergehörigen Literatur mit einer reichen Kasuistik vertreten. Vortr. hatte Gelegenheit, über Häufigkeit und Verlauf der Pubertätsalbuminurie fortdauernde Beobachtungen anzustellen an einem besonders günstigen Material, den Lehrlingen und jugendlichen Arbeitern zweier großer Firmen, der optischen Werkstätten Carl Zeiss und der Glaswerke von Schott und Genossen in Jena. Die jungen Leute werden vom 14. bis 18. Lebensjahr jährlich 2mal einer ärztlichen Untersuchung zugeführt und befinden sich somit dauernd unter ärztlicher Kontrolle. Es wurde bei 587 jungen Leuten in 111 Fällen, also 19 %, Albuminurie gefunden. Hierbei sind Fälle, bei denen die Albuminurie auf organische Nierenerkrankungen bezogen werden mußte, natürlich ausgeschieden. Das Eiweiß bestand bei 20 willkürlich herausgegriffenen, mit fraktionierter Aussalzung behandelten Harnen stets aus Globulin und Albumin. Sediment fehlte entweder völlig oder es wurden nach Zentrifugierung einzelne verfettete Epithelien, hier und da auch einige hyaline Zylinder gefunden. Die Albuminurie zeigte in einigen daraufhin genau untersuchten Fällen den bekannten orthostatischen Typus und war stets sehr wechselnd (zyklisch). Ein deutlicher Unterschied in der Häufigkeit der Albuminurie vor und nach der Tagesarbeit oder bei Vergleichung der Morgenharne von Tag- und Nachtarbeitern war nicht festzustellen. Die Albuminurie war auffallend oft mit abnormen Herzerscheinungen verbunden. Bei $^1/_6$ der jungen Leute fand sich die jugendliche Wachstumshypertrophie des Herzens, die Krehl an demselben Material studiert und beschrieben hat; in einem anderen, noch größeren Teil fanden sich weniger ausgeprägte, aber deutliche abnorme Befunde. So fand sich häufig ein weiches systolisches Blasen, das als Zeichen einer muskulären Mitralinsuffizienz gedeutet werden mußte; in anderen Fällen war lediglich ein hebender Spitzenstoß oder ein akzentuierter zweiter Aortenton vorhanden, so daß die Herzhypertrophie wenigstens angedeutet erschien. Wiederholt wurde auffallende Tachykardie beobachtet. Von 90 Fällen von Pubertätsalbuminurie fanden sich in 45 Fällen abnorme Herzerscheinungen. Dies spricht für Leubes Annahme, daß eine mangelhafte Adaption des Herzens an die Verhältnisse des wachsenden Organismus und eine relative Herzinsuffizienz für die Entstehung der Pubertätsalbuminurie bedeutungsvoll sei. Das Vorhandensein einer Herzhypertrophie und gespannter Gefäße darf nach dem Gesagten keine diagnostischen Anhaltspunkte zu gunsten einer organischen Nierenerkrankung liefern. Die oft schwierige Differentialdiagnose zwischen Pubertätsalbuminurie und chronischer Nephritis wird vielmehr sich auf sorgfältige längere Beobachtung, besonders auf das Vorhandensein eines regelmäßigen Zyklus in der Eiweißausscheidung, auf den Befund von granulierten und epithelialen Zylindern und das ophthalmoskopische Ergebnis stützen müssen.

III. Neue Bücher.

E. Hagenbach-Burckhardt. **Über die häusliche Pflege des kranken Kindes.** Basel, Verlag von B. Schwabe.

Das 39 Seiten starke Heftchen enthält einen Vortrag, den der geschätzte Autor im Baseler Samariterinnenkurs gehalten. Nachdem der Redner kurz auf

Digitized by Google

die Pflege des gesunden Kindes, speziell auf dessen Ernährung eingegangen, wobei er speziell den hohen Wert der natürlichen Ernährung betont, bespricht er die häusliche Pflege bei verschiedenen Affektionen, namentlich bei Erkrankungen des Magendarmtraktus, bei den hauptsächlichsten Infektionskrankheiten, bei chronischen Leiden usw. Darauf gibt er Belehrungen über Abhärtung, über Konvulsionen, über den falschen Krupp, über die Dentition, Würmer und noch verschiedene andere Dinge, deren Kenntnis für den Laien von Wichtigkeit ist.

Das kleine Büchlein hat also einen reichen Inhalt, einen Inhalt, dessen Kenntnisnahme für jede Mutter, jede Kinderpflegerin von großem Nutzen sein wird. Daß derselbe durchaus auf dem Boden der modernen Wissenschaft steht, daß er sich auf das beschränkt, was der Laie zu wissen braucht, und nicht Dinge bringt, die nur dazu angetan wären, Halbwissen großzuziehen und Verwirrung in den Köpfen anzurichten, daß er, auf reichen persönlichen Erfahrungen fußend, nur rationelle Ratschläge erteilt und beherzigenswerte Winke gibt, das brauchen wir bei einem Autor, wie Hagenbach-Burckhardt kaum besonders zu betonen. Daß aber der Verf. es vorzüglich versteht, mit wenig Worten viel und dabei klar und deutlich zu sagen, das wollen wir hervorheben zur Empfehlung des Schriftchens, das von seiten der Ärzte den Frauen warm empfohlen zu werden verdient. Grätzer.

Monti. **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen.** Verleg von Urban & Schwarzenberg, Wien u. Berlin.

Nachdem jetzt von diesem hochbedeutenden Werke Heft 20, enthaltend „Krankheiten der Neugeborenen“ (Preis Mk. 3) und Heft 21 „Die wichtigsten Hautkrankheiten im Kindesalter“ (Preis Mk. 4) erschienen ist, liegt dasselbe komplett vor. Wir haben schon oft genug betont, wie gerade diese Montischen „Vorträge“ dem Praktiker das bieten, was er in einem derartigen Buche sucht und zu finden hofft, wie es der Autor ausgezeichnet versteht, bei jedem Kapitel seine und anderer Erfahrungen kurz und klar zum Ausdruck zu bringen, dabei nur das praktisch Wichtige berücksichtigend und bis in alle Details verfolgend, wie es ihm dadurch gelungen ist, ein wirklich brauchbares pädiatrisches Nachschlagebuch zu schaffen. Wenn wir heute das komplette Werk noch einmal betrachten, so können wir nur sagen, daß wir dieses Urteil in allem aufrecht erhalten und hoffen, daß das Werk in den weitesten Kreisen der Praktiker Eingang finden möchte. Grätzer.

Joh. Müller u. O. Seifert. **Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin.** Würzburg, A. Stubers Verlag. Preis jedes Heftes Mk. —.75.

Die von Müller und Seifert herausgegebenen „Würzburger Abhandlungen“ bringen wieder zwei bemerkenswerte Arbeiten aus dem Gebiete der Pädiatrie: „Die Behandlung der Gelenktuberkulose im kindlichen Lebensalter“ von Alb. Hoffa und „Die Magendarmkrankheiten im Säuglingsalter“ von Trumpp. Also zwei höchst wichtige Kapitel der Kinderheilkunde, bearbeitet von Autoren, die auf den betreffenden Gebieten zu Hause sind und zur Entwicklung derselben persönlich ganz wesentlich beigetragen haben. Da bedarf es wohl kaum der Erwähnung, daß beide Aufsätze in mustergültiger Weise bearbeitet sind. Freilich mußten sich die Verff. in Rücksicht auf den geringen ihnen zur Verfügung stehenden Raum manche Beschränkungen auferlegen. Wenn sie trotzdem alles Wissenswerte präzis und klar zum Ausdruck bringen, und uns einen kurzen aber lückenlosen Bericht geben über den heutigen Standpunkt der zwei genannten Gebiete, so war das eben nur dadurch möglich, daß sie diese Gegenstände vollständig beherrschen. Nicht nur der Pädiater, sondern jeder prakt. Arzt dürfte durch die Lektüre der beiden Heftchen voll befriedigt werden. Grätzer.

IV. Kleine Mitteilungen und Monats-Chronik.

Sirosol, ein neues Kreosotpräparat, hat Dr. J. Winterberg im k. k. allgem. Krankenhaus in Wien, teils in der Privatpraxis bei Kindern und Erwachsenen, hauptsächlich bei Tuberkulose angewandt und war mit den Erfolgen

Digitized by Google

recht zufrieden. Das Medikament, leichtflüssig und ziemlich geruch- und geschmacklos wie es ist, wurde gern genommen und bewährte sich besonders bei Spitzenkatarrhen, hatte aber auch bei schwereren Fällen deutlichen symptomatischen Effekt, so daß es verdient, in die allgemeine Praxis eingeführt zu werden.

(Mediz.-chirurg. Zentralblatt 1903 No. 4.)

Bromokoll ist schon öfters für die dermatologische Praxis empfohlen worden, wo es speziell gegen das Jucken vorzügliche Dienste leistete. Neuerdings wies in einem Ferienkurse wieder Dr. Max Joseph (Berlin) auf dies Präparat hin, besonders auf das jetzt von der Fabrik (Aktien-Gesellschaft für Anilinfabrikation in Berlin) in den Handel gebrachte Bromocoll. solub. und die 10%ige Lösung. Ersteres bewährte sich bestens bei schweren Formen des Pruritus, des Lichen ruber planus und Lichen simpl. chronicus, bei Prurigo mitis und Urticaria. Noch zweckmäßiger ist folgende Schüttelmixtur:

Rp. Bromocoll. solub. 5,0—10,0—20,0
Zink. oxyd.
Amyl. āā 20,0
Glycerin. 30,0
Aq. dest. ad 100,0.

Der Vorteil dieser Medikation besteht darin, daß ohne jeden Verband diese aufgepinselte Mixtur eintrocknet und haftet (nach 10—15 Minuten). Diese Mixtur eignet sich noch besonders für subakute und chronische Ekzeme, wo die Epidermisregeneration noch nicht vollzogen ist und starkes Jucken die Pat. quält; bei noch stark entzündetem Ekzem ist sie kontraindiziert. Bromocoll solub. hat nun die Firma Beiersdorf & Co. zu sehr zweckmäßigen Fabrikaten verarbeitet, z. B. zu Ung. Caseini c. Bromocoll solubile (10%), die Autor speziell bei Pruritus vulvae et ani mit großem Erfolg angewandt hat; die Salbe wird mit dem vorher mit Wasser angefeuchteten Fingern dünn verrieben, so lange sie feucht ist. Diese Salbe, sowie jene Schüttelmixtur wirkte auch sehr gut bei Strophulus infantum und bei Urticaria autotoxischen Ursprungs, wo man allerdings außerdem stets noch als Darmantisepticum Methol zu verordnen hat, dann aber oft überraschend schnelle Erfolge erlebt. Bromocollpflastermull und Bromocoll-Trikoplast (10%) leisten vortreffliche Dienste bei zirkumskriptem Lichen ruber verrucosus, bei zirkumskriptem Lichen simpl. chronic. und beim stark juckenden, infiltrierten chron. Ekzem.

— Zur Vorbereitung des 4.—9. April 1904 in Nürnberg tagenden internationalen Kongresses für Schulhygiene hat sich ein Komitee gebildet, an dessen Spitze die Herren Prof. Griesbach (Straßburg), Hofrat Schubert Nürnberg, Geheimer Hofrat Dr. v. Schuh, I. Bürgermeister von Nürnberg und Kaufmann E. Hopf (Nürnberg) stehen. Der Ortsausschuß wird gebildet von den Herren Medizinalrat G. Merkel und Hofrat Stich in Nürnberg. Se. Kgl. Hoheit Dr. med. Prinz Ludwig Ferdinand von Bayern hat das Protektorat übernommen. Meldungen zur Teilnahme am Kongreß, Ankündigungen von Vorträgen, sowie Ansage von Ausstellungsgegenständen sind bis spätestens 15. Dezember d. J. an den Generalsekretär Hofrat Dr. med. Paul Schubert in Nürnberg einzusenden Ausführliche Programme mit Tagesordnung werden Ende Dezember d. J. zur Versendung gelangen. Zur Vermittlung von Wohnungen erbietet sich jetzt schon der Vorsitzende des Wohnungsausschusses Hofrat Dr. med. E. Stich; den Mitgliedsbeitrag von 20 M. nimmt der Schatzmeister des Kongresses Kaufmann Emil Hopf, Nürnberg, Blumenstr. 17, entgegen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 Nr. 36.)

Berlin. Die neue Kinderklinik der Charité ist jetzt fertiggestellt und in Benutzung genommen worden.

V. Personalien.

Zum Professor ernannt Doc. Dr. **F. Frühwald** in Wien. — Habilitiert: Dr. **H. Thimmer** in Amsterdam für Orthopädie, Dr. **G. Wladimiroff** in Moskau für Pädiatrie. — Gestorben Prof. **Ott** in Halle.

Digitized by Google

Namenverzeichnis des VIII. Jahrganges.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Sachverzeichnis des VIII. Jahrganges.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

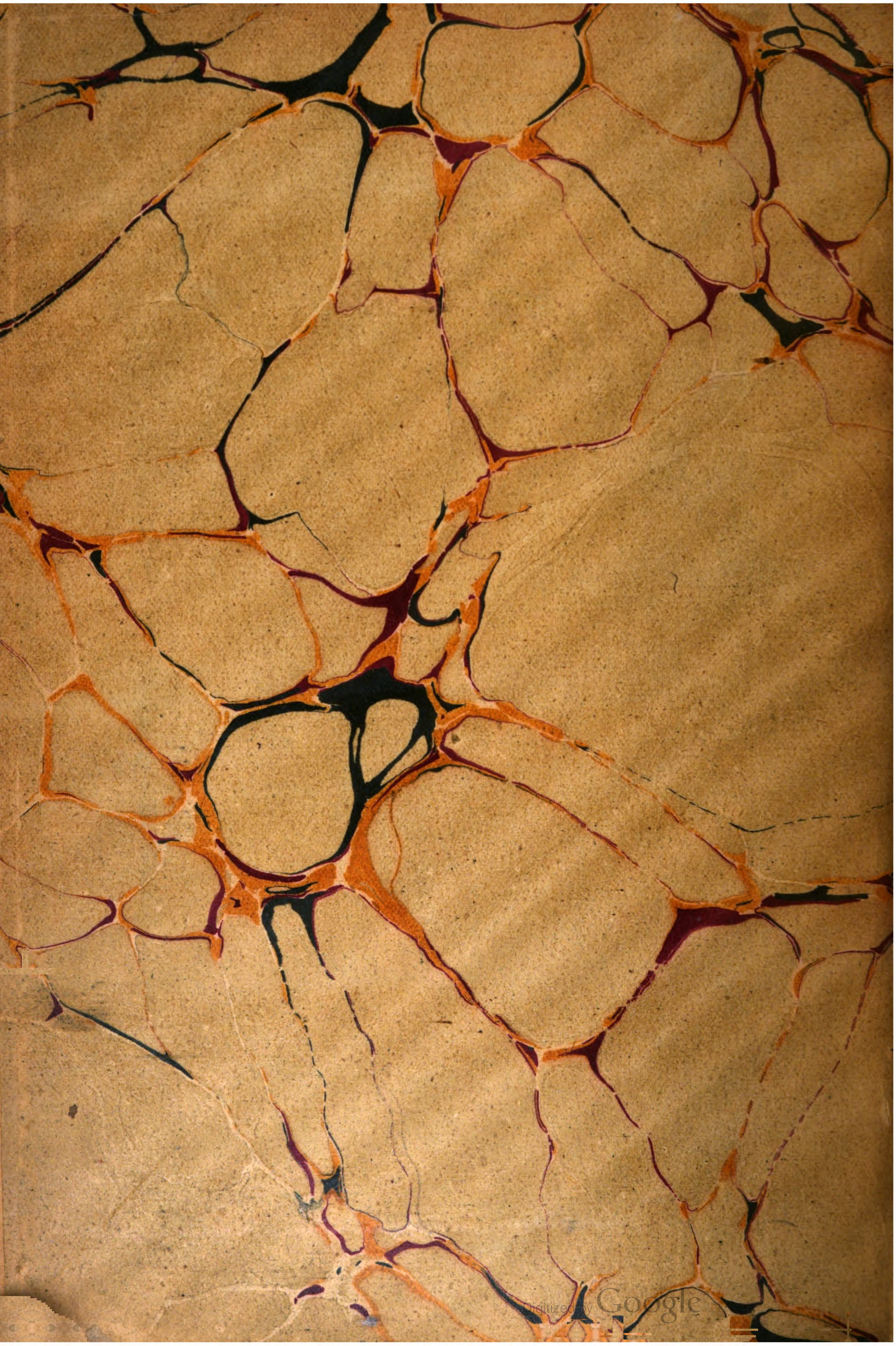
Verantwortlicher Redakteur: Dr. Eugen Graetzer in Sprottau. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

Digitized by Google

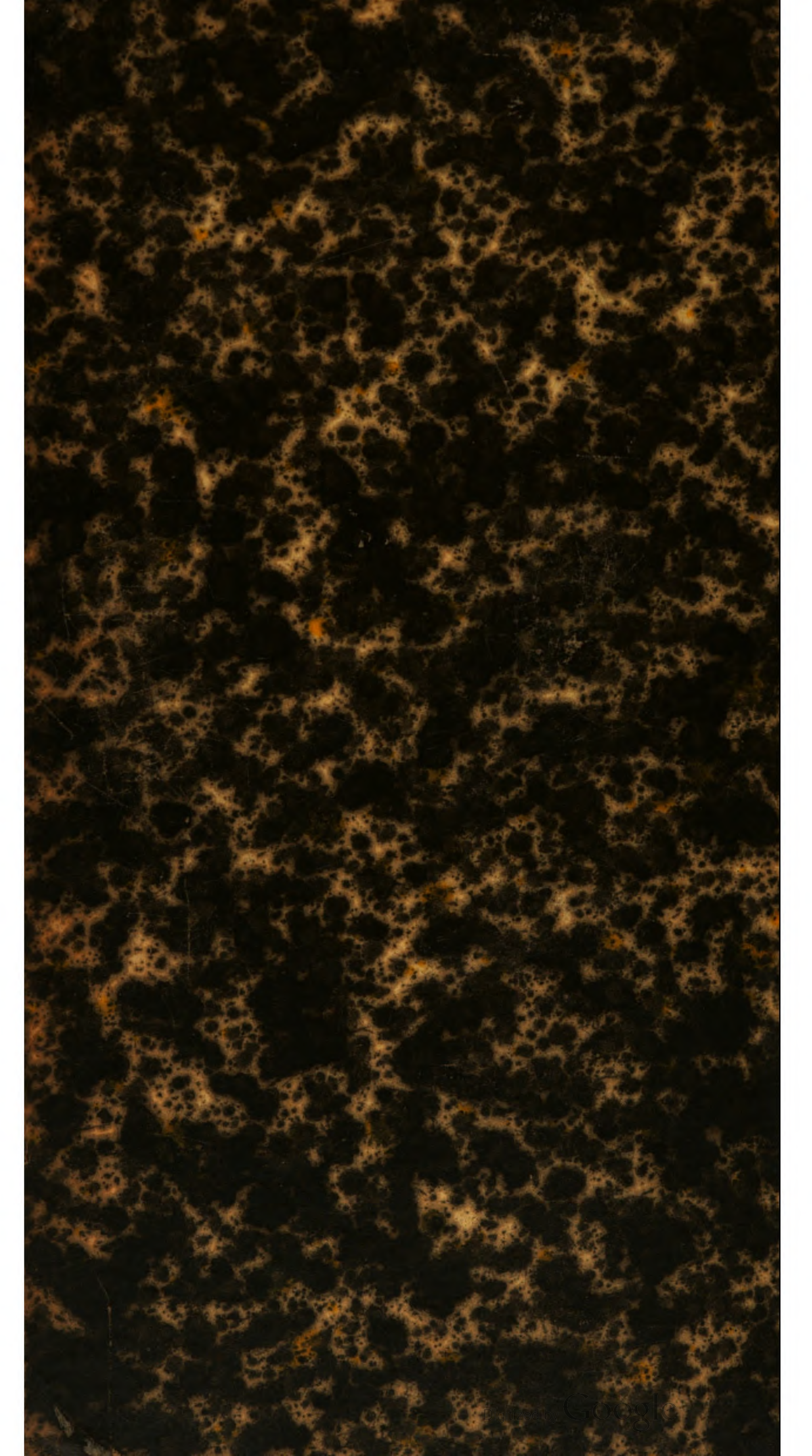
Digitized by Google

Digitized by Google



Digitized by Google


Digitized by Google


Digitized by Google